Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности

Марша М. Лайнен

Марша Лайнен

Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности

«Диалектика-Вильямс»

1993

Лайнен М. М.

Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности / М. М. Лайнен — «Диалектика-Вильямс», 1993

Монография Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности посвящена новому направлению психотерапии – диалектико-поведенческой терапии (ДПТ), разработанной признанным специалистом в области психического здоровья д-ром Маршей М. Лайнен. Дополнением к монографии служит Руководство по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности. Книга будет несомненно интересна специалистам в области психотерапии, клинической психологии и социальной работы – всем, кто занимается работой с «пограничными» пациентами.

Содержание

Марша М. Лайнен
Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности

* * *

Посвящается Джону О'Брайену, Элу Левенталю и Дику Гоуду.

Большинству лучших стратегий, описанных в этой книге, я научилась у них.

Предисловие

Время от времени – очень редко в нашей сфере деятельности – появляются клинические инновации, которые приводят к прорыву в работе с пациентами. К таковым относится разработанная Маршей Лайнен когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. Я познакомился с работой д-ра Лайнен почти десять лет назад – примерно в то время, когда она начинала проводить серию систематических научных экспериментов с целью установления эффективности своего подхода. Еще до того, как стали известны положительные результаты исследований, я был уверен, что д-р Лайнен стоит на пороге какого-то важного открытия. Было очень приятно наблюдать, как она совершенствовала свои методы, делая их все более всесторонними, практичными и применимыми к сфере охраны психического здоровья в целом.

Проблема, которой занимается д-р Лайнен, – пограничное расстройство личности – очень важна и масштабна, она представляет собой одну из труднейших клинических головоломок. Индивиды с пограничным расстройством личности страдают сами и причиняют страдания другим людям, зачастую самым мучительным и драматическим образом. Это чаще всего встречающийся в клинической практике вид расстройства личности, с самыми высокими показателями завершенного суицида и суицидальных попыток. С индивидами, соответствующими диагностическим критериям пограничного расстройства личности, чрезвычайно трудно работать. Зачастую они строптивы, непокорны, а в терапевтических отношениях склонны чрезмерно сокращать или, наоборот, увеличивать дистанцию. Они провоцируют сильный контрперенос у терапевта, который может либо обольщать пациенток, либо отталкивать их, или же бросаться из одной крайности в другую. «Пограничные» индивиды (какой ужасный термин; впрочем, нам не удалось найти ему достойную замену) также больше других склонны негативно реагировать на терапию. Нередко они пытаются покончить с собой или отвечают членовредительством на действительное или воображаемое отвержение их терапевтом (уход последнего в отпуск, вероятно, самый распространенный повод к этому). Зачастую они связывают терапевта по рукам и ногам, в результате каждая терапевтическая интервенция представляется ему неправильной и жестокой. Обычно такая терапия сопровождается оскорблениями или приступом гнева и нередко заканчивается госпитализацией.

Клиницисты, которые в работе с пограничными индивидами стараются найти подходы к ним, нередко испытывают бессилие и дезориентацию. Некоторые клиницисты все надежды возлагают на обнаружение эффективного способа фармакотерапии. Однако до сих пор результаты в этой области были довольно неоднозначными. Нет определенного способа фармакотерапии нестабильности пограничных пациентов; а препараты (нейролептики, антидепрессанты, литий, карбомезапин), эффективно влияющие на сопутствующую симптоматику, дают побочные эффекты и осложнения. Другие клиницисты обратились к психотерапевтическим (особенно психодинамическим) стратегиям, разработанным для терапии пограничных индивидов. Однако и в этом случае результаты довольно неоднозначны, а сама терапия чревата побочными эффектами и осложнениями (особенно часты упомянутые выше явления переноса и контрпереноса). Вероятно, будет справедливым сказать, что терапия индивидов с пограничным расстройством личности представляет собой самую сложную и трудноразрешимую проблему для среднестатистического клинициста и среднестатистической психиатрической клиники или стационарного отделения. Все говорят о пограничном расстройстве личности, но создается впечатление, что никто не знает, как его лечить.

Никто, кроме д-ра Лайнен. Она соединила невероятно эмпатическое понимание внутреннего опыта пограничных индивидов и техник когнитивно-поведенческой терапии. Д-р Лайнен – творческий клиницист-новатор. Она проанализировала пограничное поведение, разложив

его на компоненты, и разработала систематизированный и интегрированный подход к каждому из них. Ее методики ясны, доступны, исполнены здравого смысла как для терапевта, так и для пациента. Метод д-ра Лайнен значительно улучшил мой собственный подход к терапии пограничных индивидов и мое понимание этого расстройства. Не сомневаюсь, что благодаря этой книге изменится ваша практика и значительно повысится эффективность вашей работы с этими страдающими и нуждающимися в помощи людьми.

Аллен Франсес, д-р медицины

Ждем ваших отзывов!

Вы, читатель этой книги, и есть главный ее критик и комментатор. Мы ценим ваше мнение и хотим знать, что было сделано нами правильно, что можно было сделать лучше и что еще вы хотели бы увидеть изданным нами. Нам интересно услышать и любые другие замечания, которые вам хотелось бы высказать в наш адрес.

Мы ждем ваших комментариев и надеемся на них. Вы можете прислать нам бумажное или электронное письмо либо просто посетить наш Web-сервер и оставить свои замечания там. Одним словом, любым удобным для вас способом дайте нам знать, нравится или нет вам эта книга, а также выскажите свое мнение о том, как сделать наши книги более интересными для вас.

Посылая письмо или сообщение, не забудьте указать название книги и ее авторов, а также ваш обратный адрес. Мы внимательно ознакомимся с вашим мнением и обязательно учтем его при отборе и подготовке к изданию последующих книг.

Наши координаты:

E-mail: info@williamspublishing.com

WWW: http://www.williamspublishing.com

Информация для писем:

из России: 115419, Москва, а/я 783

из Украины: 03150, Киев, а/я 152

Благодарности автора

Эта книга и эта форма лечения – диалектическо-поведенческая терапия (ДПТ) – появились как плод усилий многих умов и сердец. Я испытала влияние многих моих коллег, студентов и пациентов и использовала немало их идей. Было бы невозможно ссылаться на каждого, кто внес свой вклад в эту книгу, но я все же хочу отдать дань признательности тем, чье влияние было самым значительным.

Во-первых, я узнала о многих составляющих ДПТ от людей, которые были моими собственными терапевтами и консультантами. К ним относятся люди, которым я посвятила эту книгу, – Ричард Гоуд, д-р медицины, Аллан Левенталь, д-р философии, Джон О'Брайен, д-р медицины, и Хелен Маклейн. Мне очень повезло, что я встретила таких прекрасных специалистов. Джеральд Дейвисон, д-р философии, и Мартин Гоулдфрид, д-р философии, были моими первыми наставниками в поведенческой терапии. Бо́льшую часть того, что я знаю о клинических методах изменения поведения, я узнала от них, и именно их влияние и идеи преобладают в моей книге. Сильное влияние на меня оказала и интернатура в Службе предотвращения самоубийств и психологического кризиса в Буффало. Джин Брокопп, д-р философии, что называется из воздуха создал для меня место интерна, в то время как все остальные мне отказывали. Большинство аспектов терапии, которую я разработала, представляют собой интеграцию методов предотвращения суицида и поведенческой терапии, с одной стороны, и моего опыта ученичества в дзэн – с другой. Большинству того, что я знаю о принятии, меня учил (и до сих пор учит) мой наставник дзэн, Виллигис Ягер, который также является монахом Ордена св. Бенедикта.

Бо́льшая часть моих теоретических построений относительно психотерапии и пограничного расстройства личности (ПРЛ) возникла благодаря тому неиссякаемому фонтану идей, который бьет на факультете психологии Вашингтонского университета. Не случайно многие из нас приходят к похожим идеям, работая в совершенно разных сферах. Самое сильное влияние на меня оказали идеи убежденного бихевиориста Роберта Коленберга, д-ра философии; работа о предотвращении рецидивов, написанная Аланом Марлаттом, д-ром философии, и Джудит Гордон, д-ром философии; теории развития и клинические перспективы Джеральдин Доусон, д-ра философии, Джона Готтмана, д-ра философии, и Марка Гринберга, д-ра философии. Нил Джейкобсон, д-р философии, также развивал многие идеи ДПТ, особенно это касается стратегий принятия/изменения, и применял их в контексте супружеской терапии. Его творческие идеи (особенно контекстуализация принятия в радикальной поведенческой системе) повлияли на дальнейшее развитие ДПТ.

Ни один профессор не сможет добиться успеха без помощи ярких и способных студентов – беспокойных, сомневающихся, критикующих, предлагающих новые идеи. Ко мне это тоже относится. Келли Эган, д-р философии, моя первая ученица в докторантуре Вашингтонского университета, внесла немало творческих идей и вскрыла несостоятельность моих прежних, менее творческих идей. Мне посчастливилось сотрудничать с самой, возможно, лучшей группой докторантов и проводить ее супервизию; это Майкл Эддис, д-р философии, Беатрис Арамбуру, д-р философии, Алан Фурцетти, д-р философии, Барбара Грэхем, д-р философии, Келли Кернер, Эдвард Ширин, д-р философии, Эми Вагнер, Дженнифер Уолц и Элизабет Уоссон. Джейсон Мак-Кларг, д-р медицины, и Джинн Блаше, дипломированная медсестра, вместе с докторантами участвовали в клиническом семинаре для супервизоров. Поскольку они смотрели на ДПТ больше с точки зрения медицины, чем психологии, им удалось прояснить и дополнить некоторые положения, лежащие в ее основе. Хотя формально я учила их ДПТ, в действительности сама многому у них училась.

Когда я начала клинические испытания новой формы терапии, некоторые ее аспекты казались довольно спорными. Мой сотрудник и единомышленник Хью Армстронг, д-р философии, взял на себя борьбу с препятствиями. Его огромный личный и клинический авторитет в Сиэтле способствовал тому, что клиницисты решили дать нам шанс. Терапевты, проводившие исследования, – Дуглас Оллмон, д-р философии, Стив Кланси, д-р философии, Деки Фидлер, д-р философии, Чарльз Хаффин, д-р медицины, Карен Линднер, д-р философии, и Александра Суарез, д-р философии – подтвердили эффективность ДПТ и одновременно выявили многие недостатки ее первоначального варианта. Они создали группу, воплотившую дух диалектической стратегии. Успех клинических испытаний отчасти объясняется их способностью сострадать, сохранять душевное равновесие и не отклоняться от принципов ДПТ, даже находясь в эпицентре стрессогенных ситуаций. Моя исследовательская группа и мои сотрудники, с которыми я проработала долгие годы, – Джон Чайлз, д-р медицины, Хайди Херд, Андрэ Иванофф, д-р философии, Конни Керер, Джоан Локард, д-р философии, Стив Маккатчен, д-р философии, Эвелин Мерсье, Стив Нильсен, д-р философии, Керк Штрозаль, д-р философии, и Даррен Тутек – оказали неоценимую помощь и внесли много идей, которые способствовали формированию эмпирически обоснованного подхода к терапии ПРЛ. Не думаю, что смогла бы написать эту книгу, если бы не располагала эмпирическими доказательствами эффективности ДПТ. И я никогда не получила бы этих эмпирических данных без первоклассной исследовательской группы.

Мои пациенты часто интересуются, какие еще новые терапевтические методы я буду на них испытывать. Они годами проявляли чудеса терпения, позволяя мне экспериментировать с ДПТ. Они вдохновили меня своим мужеством и стойкостью. В условиях, в которых многие другие люди не выдержали бы и сдались, ни один из моих пациентов не сдался и не отступил. Они очень любезно указывали мне на мои ошибки, достижения и давали советы по улучшению терапии. Самое замечательное в терапии пограничных пациентов в том, что при работе с ними чувствуешь себя так, словно в кабинете постоянно присутствует твой супервизор. Мои пациенты и вправду были очень хорошими и благожелательными супервизорами.

Среди моих друзей много терапевтов, которые принадлежат скорее к психодинамической школе, нежели когнитивно-поведенческой. Некоторые из них дали мне пищу для размышлений и способствовали появлению этой книги. Чарльз Свенсон, д-р медицины, психиатр Корнелльского медицинского центра в Уайт-Плейнс, имел мужество применить ДПТ в стационарном отделении клиники, использующей сугубо психодинамические методы. Мы потратили уйму времени, обсуждая техническую сторону этого нововведения и пути преодоления проблем. Эти дискуссии способствовали гораздо более отчетливому определению ДПТ. Джон Кларкин, д-р философии, и Отто Кернберг, д-р философии, провели сравнительное исследование ДПТ и подхода Кернберга и направили мои мысли в то русло, которое я, возможно, не хотела замечать, а также помогли мне прояснить свою позицию в других отношениях. С Салли Паркс, д-ром медицины, аналитиком юнгианской школы и моей подругой, мы в течение многих лет обсуждали юнгианские и бихевиористические идеи, и многие мои мысли относительно терапии родились именно в этих дебатах. Наконец, моя старая подруга, Себерн Фишер, д-р медицины, одна из лучших терапевтов, которых я знаю, выслушивала мои идеи и делилась своими соображениями о проблемах пограничных пациентов.

Окончательная версия написана в Великобритании, когда я была в творческом отпуске в Исследовательском центре прикладной психологии при Кембриджском университете. Мои английские коллеги – Дж. Марк Вильямс, д-р философии, Джон Тиздейл, д-р философии, Филип Барнард, д-р философии, и Эдна Фоу, д-р философии – критиковали многие мои идеи и предложили новые. Кэролайн Манси спасла меня от умопомешательства, снова и снова перепечатывая текст будущей книги. Лесли Хортон, мой секретарь по исследовательскому проекту,

также заслуживает огромной благодарности за организацию моего времени и систематизацию материалов.

Хочу поблагодарить научного редактора моих книг Аллена Френсеса, д-ра медицины, за его строгую критику и настойчивые рекомендации придерживаться практического подхода, насколько это возможно. Он обеспечил диалектическую альтернативу той «башне из слоновой кости», в которой я подчас уединяюсь для работы. Заинтересованность в этой работе во многом объясняется его многолетней вдохновенной поддержкой. Мой брат, В. Марстон Лайнен, д-р медицины, который тоже занимается научными изысканиями, постоянно призывал меня «смотреть на результат», благодаря чему я смогла завершить эту книгу. Он и его жена, Трейси Руо, д-р медицины, а также моя сестра, Алин Хейнз, долгие годы оказывали мне неоценимую помощь.

Подготовка материалов, вошедших в эту книгу, частично поддерживалась грантом №MH34486 Национального института психического здоровья.

Морис Парлофф, д-р философии, Айрин Элкин, д-р философии, Барри Вулф, д-р философии, и Трейси Шей, д-р философии, лелеяли эту работу и боролись за нее с самого начала, и заслуживают сердечной благодарности за успех исследования, на котором основывается ДПТ.

Хотя и в последнюю очередь, но не меньшая благодарность редактору текста Мари Спрейберри. Она творила чудеса, систематизируя и уточняя структуру этой книги, и с ангельским терпением ждала, пока я одумаюсь и признаю ее правоту при возникающих разногласиях.

Часть I. Теория и понятия

Глава 1. Пограничное расстройство личности: понятия, полемика, определения

В последние годы резко повысился интерес к пограничному расстройству личности (ПРЛ). Такое внимание объясняется по меньшей мере двумя факторами. Во-первых, психиатрические клиники и кабинеты частных психологов и психиатров переполнены клиентами, у которых наблюдаются симптомы ПРЛ. Эти симптомы проявляются примерно у 11 % амбулаторных пациентов и 19 % психически больных, находящихся на стационарном лечении. Среди пациентов [1], страдающих различными формами расстройств личности, симптомы ПРЛ наблюдаются у 33 % амбулаторных и 63 % госпитализированных больных (см. *Widiger & Frances, 1989).* Во-вторых, существующие подходы к терапии отчаянно нуждаются в совершенствовании. Результаты наблюдений за прошедшими терапию пациентами показывают, что степень их первоначальной дисфункции может быть крайне выраженной; что для заметного клинического улучшения требуется долгое время – многие годы; что в течение многих лет после первичной диагностики у пациентов наблюдается лишь незначительное улучшение *(Carpenter, Gunderson, & Strauss, 1977; Pope, Jonas, Hudson, Cohen, & Gunderson, 1983; McGlashan, 1986a, 1986b, 1987).* Людей с ПРЛ так много, что каждому практикующему психиатру приходится иметь дело по меньшей мере с одним таким пациентом. Пограничное расстройство личности становится причиной очень серьезных проблем и глубоких страданий. Это расстройство трудно поддается лечению. Не удивительно поэтому, что многие клиницисты, когда дело касается ПРЛ, чувствуют себя неуверенно и пытаются найти терапевтический метод, который гарантировал бы хоть какое-то облегчение симптомов пациентов.

Представляет интерес тот факт, что поведенческие паттерны[1], которые чаще всего соответствуют диагнозу «пограничное расстройство личности» – умышленное членовредительство и суицидальные попытки, – более или менее игнорировались при определении предмета терапии. Дж. Гандерсон (*Gunderson, 1984*) выдвинул предположение, что данные паттерны могут претендовать на роль «поведенческой особенности» пациентов с пограничным расстройством личности. Эмпирические данные говорят в пользу такого мнения: от 70 до 75 % людей с пограничным расстройством личности совершили по меньшей мере один акт членовредительства (*Clarkin, Widiger, Frances, Hurt, & Gilmor, 1983; Cowdry, Pickar, & Davis, 1985*). Степень серьезности нанесенных себе увечий может быть различной: от царапин, ушибов и сигаретных ожогов, не требующих медицинской помощи, до химического отравления, проникающих ранений и удушения, которые опасны для жизни и требуют помещения пациента в реанимацию. Суицидальное поведение пациентов с ПРЛ также не всегда безобидно. Процент самоубийц среди людей с пограничным расстройством может варьироваться, но в среднем составляет около 9 % (*Stone, 1989; Paris, Brown, & Nowlis, 1987; Kroll, Carey, & Sines, 1985*). Исследование (*Stone, 1989*) показало, что за период от десяти до двадцати трех лет после выписки среди больных, у которых присутствовали все восемь симптомов пограничного расстройства[2] (согласно *DSM-*

[1] От англ. *pattern* – повторяющийся узор, орнамент, выкройка. – *Примеч. ред.*

[2] Ниже приводятся упомянутые симптомы пограничного расстройства личности (источник: Каплан Г. И., Сэдок Б Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – Т. 1, с. 655–656):1. паттерн нестабильных и интенсивных интерперсональных отношений, которые характеризуются экстремальными колебаниями между чрезмерной идеализацией и чрезмерной недооценкой;2. импульсивность по меньшей мере в двух областях, которые являются потенциально самоповреждающими, например трата денег, секс, наркомания, воровство, неосторожное вождение машины, кутежи (не включа-

III), число самоубийств составило 36 %, а среди индивидов, симптомы которых соответствовали пяти – семи диагностическим критериям ПРЛ, самоубийство совершили 7 %. Среди больных с историей парасуицидального поведения процент самоубийств оказался в два раза больше, чем у индивидов с ПРЛ, не проявлявших парасуицидальных паттернов. Хотя ученые уделяют много внимания как суицидальному и парасуицидальному поведению, так и пограничному расстройству личности, что отражено в многочисленной специальной литературе, изучение двух этих сфер проходит изолированно.

У индивидов, которые умышленно наносят себе вред или пытаются покончить с собой, и больных, страдающих ПРЛ, наблюдается некоторое количество схожих характеристик, которые я опишу ниже в этой же главе. Одно совпадение привлекает особое внимание: бóльшую часть индивидов, занимающихся умышленным членовредительством (без смертельного исхода), и бóльшую часть индивидов, поведение которых соответствует диагностическим критериям ПРЛ, составляют женщины. Т. Видигер и А. Франсес (*Widiger & Frances, 1989*), проработав результаты тридцати восьми исследований, обнаружили, что среди пациентов с симптомами ПРЛ 74 % женщин. Подобным образом среди женщин чаще наблюдается намеренное членовредительство (*Bancroft & Marsack, 1977; Bogard, 1970; Greer, Gunn, & Koller, 1966; Hankoff, 1979; Paerregaard, 1975; Schneidman, Faberow, & Litman, 1970*). Еще одна демографическая параллель, которую необходимо отметить, – зависимость как ПРЛ, так и намеренного членовредительства от возрастной категории. Примерно 75 % всех случаев умышленного членовредительства без летального исхода совершаются индивидами от восемнадцати до сорока пяти лет (*Greer & Lee, 1967; Paerregaard, 1975; Tuckman & Youngman, 1968*). Пациенты с пограничным расстройством личности также принадлежат к более молодой возрастной категории (*Akhtar, Byrne, & Doghramji, 1986*), среди индивидов средних лет интенсивность и распространенность симптомов ПРЛ снижается (*Paris et al., 1987*). Эти демографические совпадения, вместе с другими сходными характеристиками, которые будут обсуждаться ниже, повышают вероятность следующего вывода: научные исследования двух упомянутых выше категорий пациентов, хотя и проводились независимо друг от друга, фактически изучали разные аспекты одной проблемы; обе категории пациентов имеют общее ядро. К сожалению, большинство исследований суицидального поведения не включают диагнозов оси II[3] *DSM*.

В данной работе описывается интегративная когнитивно-поведенческая терапия, диалектико-поведенческая терапия, разработанная и применяемая для женщин, у которых не только наблюдаются симптомы ПРЛ, но и имеется история множественных актов нелетального суицидального поведения. Возможно, разработанная мной теория и описанная в этой книге и «Руководстве по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности» терапевтическая программа может эффективно использоваться также для работы с мужчинами и несуицидальными пациентами с ПРЛ. Однако читателю с самого начала необходимо понять, что эмпирическая база, демонстрирующая эффективность предлагаемого лечения, ограничивается женщинами с ПРЛ и историей хронического парасуицидального поведения (намеренное членовредительство, включая суицидальные попытки). (Поэтому под словом «пациент»

ются суицидальное или самоповреждающее поведение, упомянутое в пункте 5);3. аффективная нестабильность: выраженные отклонения от изолинии со стороны настроения к депрессии, раздражительность, тревога, обычно продолжающиеся несколько часов и только редко более нескольких дней;4. неадекватная сильная злоба или отсутствие контроля над гневом, например, часто обнаруживает вспыльчивость, постоянную злобу, нападает на других;5. повторные суицидальные угрозы, жесты или поведение, или же самоповреждающее поведение;6. выраженное и постоянное нарушение идентификации, проявляющееся неуверенностью по меньшей мере в 2 из следующих: самооценке или образе самого себя, сексуальной ориентации, постановке долговременных целей и выборе карьеры, типе предпочитаемых друзей, предпочитаемых ценностях;7. хроническое ощущение пустоты или скуки;8. неистовые попытки избежать реального или воображаемого ужаса быть покинутым (не включает суицидальное или самоповреждающее поведение, отмеченные в пункте 5). – *Примеч. ред.*

[3] Ось II включает отклонения в развитии личности, в том числе умственную ретардацию, специфические нарушения развития (особенно те, которые ведут к деформации личности), личностные нарушения. – *Примеч. ред.*

я, как правило, имею в виду пациента-женщину.) Вероятно, больные именно этой категории имеют самые серьезные проблемы; несомненно, что именно эта категория больных с ПРЛ составляет большинство. Схема терапии отличается гибкостью и меняется в зависимости от состояния пациента. Поэтому вполне возможно, что данная программа может быть эффективной для лечения больных с менее серьезными проблемами. Однако подобное применение в настоящий момент было бы основано на предположениях, а не доказанных эмпирических фактах.

Понятие пограничного расстройства личности

Определения: четыре подхода к формулировке

Формальное понятие ПРЛ представляет собой относительно новое явление в психопатологии. Оно не входило в диагностические и статистические руководства по психическим расстройствам (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*), опубликованные Американской психиатрической ассоциацией до 1980 года, пока не появилось очередное переработанное издание – *DSM-III*. Хотя существование констелляции характерных особенностей, составляющих данную диагностическую категорию, было признано гораздо раньше, современный интерес к ней объясняется недавно приобретенным официальным статусом. Обретение этого статуса было сопряжено с многочисленными разногласиями и полемикой. Понятие пограничного расстройства личности получило место в «официальной» терминологии и диагностической классификации благодаря как компромиссу, так и влиянию эмпирических данных. Самым, возможно, спорным моментом было использование слова «пограничное» для присвоения данному расстройству официального названия. Этот термин долгое время был популярен среди представителей психоанализа. Впервые его использовал Адольф Штерн в 1938 году, чтобы описать проходящих амбулаторное лечение больных, которым не приносил пользы классический психоанализ и которые явно не вписывались в категории стандартных на то время психиатрических категорий «невротических» или «психотических» пациентов. В тот период психопатология осмысливалась в рамках континуума от «нормального» до «невротического» и «психотического». Штерн квалифицировал расстройства своих пациентов как «пограничную группу неврозов». Долгое время после этого данный термин широко употреблялся психоаналитиками для описания пациентов, которые, несмотря на серьезные дисфункции, не вписывались в рамки существующих диагностических категорий и не поддавались общепринятым аналитическим методам. Различные теоретики рассматривали данное расстройство как феномен на границе между неврозом и психозом (*Stern, 1938; Schmideberg, 1947; Knight, 1954; Kernberg, 1975*), шизофренией и не-шизофренией (*Noble, 1951; Ekstein, 1955*), нормой и патологией (*Rado, 1956*). В табл. 1.1 приводятся ранние определения термина «пограничный». В течение многих лет этот термин употреблялся психоаналитиками для обозначения как определенной структуры личностной организации, так и промежуточного уровня нарушения личностного функционирования. Последнее значение термина «пограничный» очевидно.

Таблица 1.1. Пограничные состояния: первые определения и связи между ними

А. Штерн (Stern, 1938)

1. Нарциссизм – одновременно идеализация и презрительное уничижение аналитика, а также других значимых лиц в прошлом.

2. Психическое кровотечение – бессилие в кризисных ситуациях; летаргия; тенденция уступать и сдаваться.

3. Выраженная гиперсензитивность – обостренное реагирование на умеренную критику или отвержение, настолько сильное, что напоминает паранойю, но недостаточное для явного бредового расстройства.

4. Психическая и телесная ригидность – напряжение и оцепенелость, явно заметные для постороннего наблюдателя.

5. Негативные терапевтические реакции – некоторые интерпретации аналитика, которые должны способствовать терапевтическому процессу, воспринимаются отрицательно или как проявления безразличия и неуважения. Возможны депрессия, вспышки ярости; иногда имеют место суицидальные жесты.

6. Конституциональное чувство неполноценности – наблюдается меланхолия или инфантильный тип личности.

7. Мазохизм, часто сопровождающийся глубокой депрессией.

8. Органическая незащищенность – явно конституциональная неспособность переносить сильный стресс, особенно в межличностной сфере.

9. Проективные механизмы – выраженная тенденция к экстериоризации[4], которая подчас ставит индивида на грань бредовых идей.

10. Затруднения при проверке реальности – повреждены эмпатические механизмы восприя тия других индивидов. Нарушена способность создавать адекватный и реалистический целостный образ другого индивида на основе частичных репрезентаций.

Х. Дойч (Deutsch, 1942)

1. Деперсонализация, которая не враждебна для «Я» пациента и не беспокоит его.

2. Нарциссическая идентификация с другими индивидами, которая не ассимилируется «Я», но периодически проявляется через «отыгрывание вовне».

3. Полностью сохранное восприятие реальности.

4. Бедность объектных отношений и тенденция к заимствованию качеств другого человека как средство сохранения любви.

5. Маскировка всех агрессивных тенденций пассивностью, напускным дружелюбием, которое легко сменяется злонамеренностью.

6. Внутренняя пустота, которую пациент хочет заполнить, присоединяясь к различным социальным или религиозным группам, – независимо от того, близки принципы и доктрины этих групп или нет.

М. Шмидеберг (Schmideberg, 1947)

1. Не выносят однообразия и постоянства.

2. Склонны нарушать многие традиционные социальные правила.

3. Часто опаздывают на психотерапевтические сеансы, неаккуратно их оплачивают.

4. Неспособны переключаться на другие темы во время психотерапевтических сеансов.

5. Характеризуются низкой мотивацией к терапии.

---

[4] Экстериоризация (от лат. *exterior* – наружный, внешний) – в психиатрии: установление индивидом причинно-следственной связи между своими «неправильными», «порочными» поступками (которые подвергаются интрапсихической переработке и вызывают своеобразные комплексные переживания чувства вины) и последующими психопатологическими феноменами (обвиняющие галлюцинации, бредовые идеи греховности, самообвинения). – *Примеч. ред.*

6. Неспособны к осмыслению своих проблем.

7. Ведут неупорядоченную жизнь, в которой постоянно случаются ужасные происшествия.

8. Совершают мелкие преступления (если не обладают значительным состоянием).

9. Испытывают трудности в установлении эмоциональных контактов.

С. Радо (Rado, 1956) («экстрактивное расстройство»)

1. Нетерпеливость и непереносимость фрустрации.
2. Вспышки ярости.
3. Безответственность.
4. Возбудимость.
5. Паразитизм.
6. Гедонизм.
7. Приступы депрессии.
8. Аффективный голод.

Б. Эссер и С. Лессер (Esser & Lesser, 1965) («истероидное расстройство»)

1. Безответственность.
2. Беспорядочная история профессиональной занятости.
3. Хаотические и неудовлетворительные отношения, которые никогда не становятся глубокими или длительными.
4. История эмоциональных проблем в раннем детстве и нарушение вошедших в привычку поведенческих паттернов (например, энурез в зрелом возрасте).
5. Хаотическая сексуальность, часто с комбинацией фригидности и промискуитета.

Р. Гринкер, Б. Вербль и Р. Драй (Grinker, Werble, & Drye, 1968)

Общие характеристики всех пограничных индивидов.

1. Гнев как преобладающий или единственный тип аффекта.
2. Дефектность аффективных (межличностных) отношений.
3. Нарушение самоидентичности.
4. Депрессия как характерный аспект жизни.

Подтип I: на грани психоза

Неадекватное, неадаптивное поведение.

Неполноценное ощущение реальности и самоидентичности.

Негативное поведение и несдерживаемый гнев.

Депрессия.

Подтип II: основной пограничный синдром

Неровные межличностные отношения.

Несдерживаемый гнев.

Депрессия.

Непоследовательная самоидентичность.

Подтип III: адаптивный, безаффектный, мнимо защищенный

Поведение адаптивное, адекватное.

Комплементарные межличностные отношения.
Низкий уровень аффекта, недостаточная спонтанность.
Защитные механизмы отчуждения и интеллектуализации.

Подтип IV: на грани невроза
Анаклитическая депрессия.
Тревожность.
Близость к невротическому, нарциссическому характеру.

Примечание. Приведено по: The Borderline Syndromes: Constitution, Personality, and Adaptation, by M. H. Stone, 1980, New York: McGraw-Hill. © 1980 by McGraw-Hill. Адаптировано с разрешения.

Дж. Гандерсон (*Gunderson, 1984*) выделяет четыре относительно выраженных клинических феномена, объясняющих многолетнее внимание психоаналитиков к пограничным расстройствам. Во-первых, некоторые пациенты, функционирование которых кажется вполне нормальным, особенно при проведении структурированных психологических тестов, в ходе неструктурированных экспериментов продемонстрировали дисфункциональные стили мышления, или, выражаясь психоаналитическими терминами, «первобытное мышление». Во-вторых, довольно многочисленная группа индивидов, которые поначалу казались вполне подходящими для психоанализа, плохо поддавалась этой форме психиатрического лечения. Во многих случаях требовалось прекращение психоанализа и госпитализация [2]. В-третьих, была выделена группа пациентов, у которых, в отличие от большинства других пациентов, поддерживающие терапевтические программы вызывали поведенческие ухудшения. Также показательно, что сами эти индивиды вызывали сильный гнев и чувство беспомощности у той части лечащего персонала, которая имела с ними дело. В совокупности эти факты свидетельствуют о существовании особой категории пациентов, которые, несмотря на положительный прогноз, не поддаются традиционным формам терапии. В ходе психотерапии в эмоциональном состоянии как пациентов, так и терапевтов наблюдалось ухудшение.

Неоднородный состав «пограничной» категории способствовал выработке других понятийных систем для организации поведенческих синдромов и этиологических теорий, связанных с данным термином. В отличие от единого континуума, предлагаемого психоаналитической школой, биологически ориентированные теоретики пользовались мультивекторной системой для определения ПРЛ. С их точки зрения, расстройство представляет собой совокупность клинических синдромов, каждый из которых обладает индивидуальной этиологией, течением и результатом. М. Стоун (*Stone, 1980, 1981*), проведя масштабный обзор литературы по этой проблеме, пришел к заключению, что по своим клиническим характеристикам, семейной истории пациентов, терапевтическим реакциям и биологическим маркерам данное расстройство соответствует нескольким основным расстройствам оси I[5] *DSM*. Стоун предлагает, в частности, три пограничных подкатегории: относящуюся к шизофрении, относящуюся к аффективному расстройству и относящуюся к органическим нарушениям головного мозга. Каждый из этих подтипов может иметь проявления в диапазоне от «выраженного» до более умеренных форм, которые хуже поддаются идентификации. Именно по отношению к последним применяется термин «пограничные» (*Stone, 1980*). В последние годы в научной литературе просматривается тенденция к осмыслению пограничного синдрома как части континуума аффективных расстройств (*Gunderson & Elliot,* 1985), хотя накапливающиеся эмпирические данные делают такую позицию сомнительной.

Третий подход к осмыслению феномена пограничных расстройств получил название «эклектично-описательного» (*Chatham, 1985*). Данный подход, в настоящее время воплощен-

[5] Ось I включает клинические синдромы и состояния, связанные с психическим заболеванием. – *Примеч. ред.*

ный прежде всего в *DSM-IV* (Американская психиатрическая ассоциация, 1991) и работе Дж. Гандерсона (*Gunderson, 1984*), основан на дефинитивном использовании наборов пограничных диагностических критериев. Определяющие характеристики были выработаны в основном общими усилиями ученых, однако в настоящее время ведется работа по совершенствованию определений эмпирических данных. Например, критерии Дж. Гандерсона (*Gunderson & Kolb, 1978; Kolb & Austin, 1981*) появились как результат обзора научно-исследовательской литературы и переработки шести признаков, характерных, по мнению большинства исследователей, для пациентов с ПРЛ. М. Занарини, Дж. Гандерсон, Ф. Франкенбург и Д. Чонси (*Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989*) недавно пересмотрели свои критерии ПРЛ, чтобы добиться более четкого эмпирического контраста между пограничным расстройством личности и другими диагностическими категориями оси II *DSM*. Однако даже в этой последней версии основания выбора новых критериев четко не определены; они базируются скорее на клинических признаках, чем выводах из эмпирических данных. Подобным образом критерии ПРЛ, которые вошли в *DSM-III, DSM-III-R* и, наконец, *DSM-IV*[6], были определены в результате достигнутого консенсуса членами комиссии, сформированной Американской психиатрической ассоциацией. Эти критерии возникли на основе совмещения различных направлений теоретической ориентации членов комиссии, данных о практическом использовании термина «пограничное расстройство личности», а также эмпирических данных, имеющихся на тот момент. Последние критерии для определения ПРЛ, которые вошли в *DSM-IV* и «Диагностическое интервью для пограничных пациентов, переработанное и исправленное издание» (*Diagnostic Interview For Borderlines, Revised, – DIB-R*), приводятся в табл. 1.2.

Таблица 1.2. Диагностические критерии ПРЛ

DSM-IV[7]

1. Неистовые попытки избежать реальной или воображаемой угрозы быть покинутым (не включает суицидальное поведение или членовредительство, отмеченные в п. 5).

2. Паттерн нестабильных и интенсивных межличностных отношений, которые характеризуются переходом от одной крайности к другой, от идеализации к пренебрежению и наоборот.

3. Нарушения идентичности: устойчивые либо выраженные нарушения, искажения или нестабильность образа себя или чувства «Я» (например, восприятие себя как несуществующего или как воплощение зла).

4. Импульсивность по меньшей мере в двух областях, которые являются потенциально самодеструктивными, например транжирство, беспорядочные половые связи, алкоголизм и/или наркомания, воровство, превышение скорости вождения автомобиля, кутежи (не включает суицидальное поведение или членовредительство, которые относятся к п. 5).

5. Повторные суицидальные угрозы, жесты, поведение или членовредительство.

6. Аффективная нестабильность: выраженная реактивность настроения (например, интенсивная эпизодическая дисфория[8], раздражительность или

[6] Последней редакцией «Диагностического и статистического руководства по психическим болезням» является DSM-IV-TR (2000). – *Примеч. ред.*

[7] Взято из: DSM-IV Options Book: Work in Progress 9/1/91 by the Task Force on DSM-IV, American Psychiatric Association, 1991, Washington, DC. © 1991 by the American Psychiatric Association. Перепечатано с разрешения.

[8] Дисфория (греч. *dysphoria* – раздражение, досада) – расстройство настроения. Пре обладает мрачное, угрюмое, злобно-раздражительное настроение. Эмоциональное состояние больного часто характеризуется предметной неопределенностью. Часты аффективные вспышки, легкость проявления агрессии. – *Примеч. ред.*

тревога, которые обычно длятся несколько часов и только изредка несколько дней).

7. Хроническое чувство опустошенности.

8. Неадекватный сильный гнев или отсутствие контроля над своим гневом (например, частые проявления вспыльчивости, постоянная озлобленность, повторяющаяся физическая агрессия).

9. Преходящие, тяжелые, связанные со стрессом диссоциативные симптомы или паранойяльная идеация.

DIB-R[9] *Аффективная сфера*

1. Хроническая/общая депрессия.
2. Хроническое чувство беспомощности/безнадежности/никчемности/вины.
3. Хронический гнев и/или частые внешние проявления гнева.
4. Хроническая тревога.
5. Хроническое чувство одиночества/скуки/пустоты.

Когнитивная сфера

1. Необычное мышление/восприятие.
2. Небредовые паранойяльные переживания.
3. Квазипсихотические переживания.

Сфера импульсивных паттернов действий

1. Злоупотребление алкоголем/наркотиками и/или алкогольная/наркотическая зави симость.
2. Сексуальные девиации.
3. Членовредительство.
4. Суицидальные попытки манипулятивного характера.
5. Другие паттерны импульсивного поведения.

Сфера межличностных отношений

1. Непереносимость одиночества.
2. Страх оставления/поглощения/уничтожения.
3. Протест против зависимости и/или серьезный конфликт, вызванный помощью или заботой.
4. Бурные отношения.
5. Зависимость/мазохизм.
6. Пренебрежение/манипулятивность/садизм.
7. Требовательность и/или выпячивание собственных прав.
8. Терапевтическая регрессия.
9. Проблемы контртрансфера и/или «особые» терапевтические отношения.

Четвертый подход к осмыслению пограничных состояний, основанный на биосоциальной теории научения, предложил Т. Миллон (*Millon, 1981, 1987a*). Миллон – один из самых последовательных противников использования термина «пограничный» для описания соответству-

---

[9] Взято из: «The Revised Diagnostic Interview For Borderlines: Discriminating BPD from Other Axis II Diso rders» by M. C. Zanarini, J. G. Gunderson, F. R. Frankenburg, and D. L. Chauncey, 1989, *Journal of Personality Disorders*, 3 (1), 10–18. © 1989 by Guilford Publications, Inc. Перепечатано с разрешения.

ющего расстройства личности. Вместо этого он предложил термин «циклоидная личность», подчеркивая поведенческую и эмоциональную нестабильность, которую он считает существенным признаком данного расстройства. С точки зрения Миллона, модель пограничной личности рассматривается как результат ухудшения состояния предыдущих, менее патологических личностных паттернов. Он подчеркивает различия в клинических историях пациентов и предполагает, что индивиды приходят к ПРЛ различными путями.

Концепция, которую я представляю в этой книге, также основана на биосоциальной теории и во многом перекликается с концепцией Миллона. Мы оба подчеркиваем важность взаимодействия биологических и социальных факторов научения, влияющих на индивида, для этиологии ПРЛ. В отличие от Миллона, я не разработала собственного определения пограничного расстройства личности. Однако я систематизировала некоторое количество поведенческих паттернов, относящихся к определенной категории пограничных индивидов (имеющих историю множественных попыток членовредительства или суицида). Эти модели подробно рассматриваются в главе 3, а также кратко описываются в табл. 1.3 с целью общего ознакомления.

Таблица 1.3. Поведенческие паттерны при ПРЛ

1. *Эмоциональная уязвимость*. Паттерн значительных трудностей при регулировании отрицательных эмоций, включая высокую чувствительность к негативным эмоциональным раздражителям и медленное возвращение к обычному эмоциональному состоянию, а также осознание и ощущение собственной эмоциональной уязвимости. Может включать тенденцию к обвинению социального окружения за нереалистические ожидания и требования.

2. *Самоинвалидация*. Тенденция игнорировать или не признавать собственные эмоциональные реакции, мысли, представления и поведение. Предъявляются к себе нереалистично высокие стандарты и ожидания. Может включать сильный стыд, ненависть к себе и направленный на себя гнев.

3. *Продолжающийся кризис*. Модель частых стрессогенных, негативных средовых событий, срывов и препятствий, часть из которых возникают в результате дисфункционального стиля жизни индивида, неадекватного социального окружения или случайных обстоятельств.

4. *Подавленные переживания*. Тенденция к подавлению и чрезмерному контролю негативных эмоциональных реакций – особенно тех, которые ассоциируются с горем и потерями, включая печаль, гнев, чувство вины, стыд, тревогу и панику.

5. *Активная пассивность*. Тенденция к пассивному стилю решения межличностных проблем, включая неспособность к активному преодолению трудностей жизни, зачастую в комбинации с энергичными попытками привлечь к решению собственных проблем членов своего окружения; выученная беспомощность[10], безнадежность.

6. *Воспринимаемая компетентность*. Тенденция индивида казаться более компетентным, чем он есть на самом деле; обычно объясняется неспособностью к генерализации характеристик настроения, ситуации и времени; также неспособность демонстрировать адекватные невербальные сигналы эмоционального дистресса.

---

[10] Выученная беспомощность – термин, введенный М. Селигманом и его сотрудниками; означает отсутствие у индивида мотивации реагировать действием в ситуациях, где существует реальная возможность улучшения положения. – *Примеч. ред.*

В целом ни теоретики поведенческой школы, ни представители когнитивной парадигмы не предложили определений либо диагностических категорий дисфункциональных поведенческих паттернов, которые принципиально отличались бы от категорий, описанных в данной книге. Это объясняется прежде всего интересом бихевиористов к дедуктивным[11] теориям личности и ее организации, а также их тяготением к осмыслению и лечению поведенческих, когнитивных и аффективных явлений, относящихся к различным расстройствам, но не «расстройств» как таковых. Когнитивные теоретики, однако, выработали этиологические формулировки пограничных поведенческих паттернов. Эти ученые рассматривают ПРЛ как результат дисфункциональных когнитивных схем, сформированных на ранних этапах жизни. Теории строгой когнитивной ориентации во многих отношениях подобны психоаналитическим теориям с когнитивным уклоном. Важнейшие теоретические направления в отношении феноменологии ПРЛ кратко описаны в табл. 1.4.

Диагностические критерии: реорганизация

Критерии ПРЛ, как мы выяснили, отражают паттерн поведенческой, эмоциональной и когнитивной нестабильности и дисрегуляции. Подобные проблемы можно объединить в несколько категорий, которые приводятся в табл. 1.5. Я несколько реорганизовала обычные критерии, но если вы сравните пять категорий, которые я опишу ниже, и критерии *DSM-IV* и *DIB-R* (табл. 1.2), то заметите, что реорганизация не повлияла на определения диагностических критериев.

Во-первых, индивиды с ПРЛ обычно страдают от эмоциональной дисрегуляции. Эмоциональные реакции характеризуются высокой реактивностью; основные проблемы индивида с ПРЛ – эпизодическая депрессия, тревога, раздражительность, а также гнев и его проявления. Во-вторых, индивиды с ПРЛ часто страдают от дисрегуляции межличностных отношений. Их отношения с другими людьми могут быть хаотическими, напряженными или сложными. Несмотря на эти проблемы, пациентам с пограничным расстройством личности зачастую чрезвычайно трудно разрывать отношения; вместо этого они могут прилагать невероятные усилия для того, чтобы удержать значимых для них индивидов рядом с собой. Мой личный опыт показывает, что люди с ПРЛ в большинстве случаев вполне успешны в рамках стабильных, позитивных отношений, но терпят неудачу в других условиях.

В-третьих, индивиды с ПРЛ демонстрируют паттерны поведенческой дисрегуляции, о чем свидетельствует чрезвычайное и проблемное импульсивное поведение, а также суицидальное поведение. Попытки членовредительства и самоубийства – обычное явление среди этой категории пациентов. В-четвертых, у индивидов с ПРЛ наблюдается периодическая когнитивная дисрегуляция. Кратковременные, непсихотические формы дисрегуляции мышления, включая деперсонализацию, диссоциацию и бредовые состояния, иногда возникают вследствие стрессогенных ситуаций и, как правило, исчезают, когда стресс проходит. Наконец, распространена дисрегуляция чувства «Я». Индивиды с ПРЛ нередко утверждают, что они совсем не ощущают своего «Я», жалуются на чувство пустоты и не знают, кто они. Фактически ПРЛ можно считать распространенным расстройством как регуляции, так и самовосприятия, – концепция, предложенная Дж. Гротштейном (*Grotstein, 1987*).

Внесенные мной изменения подтверждаются интересными данными, собранными Стивеном Хертом, Джоном Кларкиным и их коллегами (*Hurt et al., 1990; Clarkin, Hurt, & Hull, 1991*; см. обзор в: *Hurt, Clarkin, Munroe-Blum, & Marziali, 1992*). Ис пользуя иерархический кластерный анализ восьми диагностических критериев *DSM-III*, ученые выявили три кластера критериев: кластер идентичности (хроническое чувство опустошенности или скуки, проблемы

[11] Дедуктивный (метод) – способ исследования, при котором частные положения логически выводятся из общих положений. – *Примеч. ред.*

идентичности, невыносимость одиночества); аффективный кластер (лабильный аффект, нестабильные межличностные отношения, сильный и неадекватный гнев) и кластер импульсивности (членовредительство, суицид и импульсивное поведение). Когнитивная дисрегуляция в этих результатах не выделяется, поскольку кластеризация была основана на критериях *DSM-III*, не включающих когнитивную нестабильность как один из симптомов ПРЛ.

Для диагностики ПРЛ имеется ряд методик. Исследовательская методика, которая использовалась чаще всего, – первая версия *DIB*, разработанная Дж. Гандерсоном и его коллегами (*Gunderson et al., 1981*); недавно появилась переработанная и исправленная версия, о которой мы уже упоминали (*Zanarini et al., 1989*). Критерии, которые чаще всего использовались для клинической диагностики, брались из различных версий *DSM*, последнее время в основном из четвертого издания. Как видно из табл. 1.2, у *DIB-R* и *DSM-IV* много общего. Это не должно никого удивлять, если учесть, что Дж. Гандерсон разработал первую версию *DIB*, а также был председателем рабочей группы при составлении критериев оси II *DSM-IV*. Также имеются различные формы самоотчета для диагностики пациентов (*Millon, 1987b*; обзор см. в *Reich, 1992*).

Таблица 1.4. Основные концепции ПРЛ[12]

	Аспекты	Психоаналитический подход	Биологический подход	Эклектичный подход	Биосоциальный подход	Когнитивный подход
1.	Ведущие теоретики	Адлер, Кернберг, Мастерсон, Мейсснер, Ринзли	Акискал, Адрулонис, Коудри, Гарднер, Хох, Казанин, Д. Кляйн, Кети, Полатин, Солофф, Стоун, Уэндер	Франсес, Гринкер, Гандерсон, *DSM-III*, *DSM-III-R*, *DSM-IV*	Лайнен, Миллон, Тернер	Бек, Претцер, Янг
2.	Что подразумевает понятие "пограничный"	Психоструктурный уровень или психодинамический конфликт	Умеренная выраженность какого-либо расстройства	Специфическое расстройство личности	Специфическое расстройство личности	Специфическое расстройство личности
3.	Данные, на основе которых устанавливается диагноз	Симптомы, выведенные логическим путем внутрипсихические структуры, перенос	Клинические симптомы, история наследственности, терапевтические реакции и биологические индикаторы	Комбинация симптомов и поведенческих наблюдений, данные психодинамического и психологического тестирования (*WAIS**, тест Роршаха)	Поведенческое наблюдение, структурированное интервью, поведенчески значимые тестовые данные	Поведенческое наблюдение, структурированное интервью, поведенчески значимые тестовые данные
4.	Этиология расстройства	Воспитание, природа, предопределение**	Природа***	Не уточняется	Воспитание, природа	Воспитание
5.	Состав групп пограничных индивидов	Гомогенный: внутрипсихическая структура Гетерогенный: описательные симптомы	Гетерогенный: вся выборка Гомогенный: каждый подтип	Гетерогенный	Гетерогенный	Не уточняется
6.	Важность выделения диагностических подтипов	Не представляет важного значения (кроме У. Мейсснера)	Важное значение	Довольно важное значение	Важное значение	Не уточняется
7.	Основания выделения подтипов	—	Этиология	Р. Гринкер и Дж. Гандерсон: клинические основания; *DSM*: клинические и этиологические основания	Поведенческие паттерны	Не уточняется
8.	Рекомендуемая терапия	Модифицированный психоанализ, конфронтационная психотерапия	Химиотерапия	Не уточняется	Модифицированная поведенческая/ когнитивно-поведенческая терапия	Модифицированная когнитивная терапия

Примечание. Приведено из: *Treatment of the Borderline Personality* by P. M. Chatham, 1985, New York: *Jason Aronson*. © 1985 by *Jason Aronson, Inc*. Адаптировано с разрешения.

Понятие парасуицидального поведения

Оживленная полемика возникла в связи с поиском термина для нелетальных увечий, наносимых себе пациентами. Противоречия в основном касались степени и видов намерения (*Linehan, 1986; Linehan & Shearin, 1988*). В 1977 году появился термин «парасуицид» (*Kreitman, 1977*), обозначающий: а) поведение индивидов, связанное с нанесением себе намеренных несмертельных увечий, в результате чего возникают травмы, болезни или риск смерти; б) любое применение медикаментозных или других химических веществ, которые не предписаны для употребления или употребляются в повышенных дозах с выраженным наме-

[12] * *WAIS* (*Wechsler Adult Intelligence Scale*) – «Интеллектуальная шкала Векслера для взрослых» – тест интеллекта, предложенный Д. Векслером в 1955 году. – *Примеч. ред.*** Когнитивные компоненты могут сыграть ту же роль, что и предопределение; большинство теоретиков, кроме Кернберга, как основной фактор рассматривают воспитание.*** М. Стоун (*Stone, 1981*) полагает, что 10–15 % всех случаев ПРЛ у взрослых по своей природе имеют исключительно психогенный характер.

рением членовредительства или самоубийства. Парасуицид, по определению Н. Крейтмана, включает как имевшие место суицидальные попытки, так и членовредительство (нанесенные себе порезы, ушибы, ожоги) без выраженного намерения покончить с собой [3]. Сюда *не* относится прием медикаментов с целью наркотического опьянения, избавления от бессонницы или самолечения. Парасуицид отличается от суицида, при котором субъект преднамеренно убивает себя; суицидальных угроз, когда пациент говорит, что собирается покончить с собой или нанести себе вред, но еще не привел своих угроз в исполнение (например, стоит на перилах моста, но не прыгает в воду; или высыпает в рот горсть снотворных таблеток, но не глотает их); а также от суицидальной идеации.

Парасуицид включает поведенческие паттерны, которые известны под общим названием «суицидальных жестов» и «манипулятивных суицидальных попыток». Термин «парасуицид» представляется более предпочтительным по двум причинам. Во-первых, в отличие от двух предыдущих названий, этот термин есть описательное утверждение, а не мотивационная гипотеза. Термины «жест», «манипулятивный» предполагают, что парасуицид мотивирован намерением опосредованно передать информацию или воздействовать на окружающих, а термин «суицидальная попытка» подразумевает, что субъект пытается лишить себя жизни. Однако имеются и другие возможные мотивы парасуицидального поведения – например, регуляция настроения (скажем, редукция тревожности). В любом случае необходимо провести тщательную оценку, однако упомянутые термины создают обманчивое впечатление, что такая оценка уже проведена. Во-вторых, слово «парасуицид» не имеет столь выраженного негативного смысла. Согласитесь, нелегко положительно относиться к человеку с ярлыком «манипулятор». Трудности, с которыми сталкивается терапевт при работе с данной категорией пациентов, предоставляют соблазнительную возможность «обвинить жертву» и в конце концов утвердиться в отрицательном отношении к ней. И все же положительное отношение к индивидам с ПРЛ уже в какой-то степени означает оказание им помощи (*Woollcott, 1985*). Это чрезвычайно важный момент, и я скоро к нему вернусь.

Исследования парасуицида обычно проходили по одной и той же модели, когда индивидов с историей парасуицидального поведения сравнивали с индивидами, не имеющими такой истории. Для сравнения могли использоваться другие суицидальные группы – например, пациенты с суицидальной идеацией, или же случаи завершенного суицида; несуицидальные пациенты, или же контрольная группа, сформированная из психически здоровых людей. Хотя зачастую диагнозы оси I *DSM* считаются константными, это не стало нормой. Одна из целей научных исследований – установить, какие диагностические категории чаще всего соотносятся с данным поведением. Только в самых последних исследованиях – и то редко – диагнозы оси II *DSM* считаются константными или вообще фиксируются. Тем не менее, при изучении специальной литературы о парасуицидальном поведении нельзя не отметить сходства между характеристиками индивидов с парасуицидальным поведением и индивидов с ПРЛ.

Эмоциональная картина парасуицидальных индивидов характеризуется хронической эмоциональной дисрегуляцией. Поведение парасуицидальных пациентов отличается большей враждебностью и раздражительностью (*Crook, Raskin, & Davis, 1975; Nelson, Nielsen, & Checketts, 1977; Richman & Charles, 1976; Weissman, Fox, & Klerman, 1973*), чем поведение несуицидальных пациентов и психически здоровых людей; парасуицидальные пациенты также более подвержены депрессии, чем индивиды, действия которых в будущем приводят к завершенному суициду (*Maris, 1981*), а также другие категории психиатрических пациентов и психически здоровых индивидов (*Weissmann, 1974*). Межличностная дисрегуляция проявляется в отношениях с окружающими, которые характеризуются враждебностью, требовательностью и конфликтностью (*Weissmann, 1974; Miller, Chiles, & Barnes, 1982; Greer et al., 1966; Adam, Bouckoms, & Scarr, 1980; Taylor & Stansfeld, 1984*). По сравнению с другими категориями пациентов у парасуицидальных индивидов более слабые системы социальной поддержки (*Weissman,*

1974; Slater & Depue, 1981). Основная проблема данной категории пациентов, по их собственному мнению, – трудности в межличностных отношениях (*Linehan, Camper, Chiles, Strosahl, & Shearin, 1987; Maris, 1981*). Часто наблюдаются паттерны поведенческой дисрегуляции – например, алкоголизм и наркомания, сексуальный промискуитет, история парасуицидального поведения (см. обзор в: *Linehan, 1981; Maris, 1981*). Как правило, у данной категории индивидов отсутствуют когнитивные навыки, необходимые для эффективного совладания с эмоциональными, межличностными и поведенческими стрессами.

Когнитивные трудности включают когнитивную ригидность (*Levenson, 1972; Neuringer, 1964; Patsiokas, Clum, & Luscomb, 1979; Vinoda, 1966*), дихотомическое мышление (*Neuringer, 1961*), а также неспособность справляться с абстрактными и межличностными проблемами (*Goodstein, 1982; Levenson & Neuringer, 1971; Schotte & Clum, 1982*). Трудности, связанные с решением проблем, могут объясняться дефицитом специфических (на фоне общих) возможностей эпизодической памяти (*Williams, 1991*), что характерно для парасуицидальных пациентов и отличает их от других категорий психически больных. Я и мои коллеги обнаружили, что парасуицидальные индивиды демонстрируют более пассивный (или зависимый) стиль решения межличностных проблем (*Linehan et al., 1987*). Как сообщают многие пациенты, парасуицидальное поведение дает им возможность убежать от жизненных ситуаций, которые кажутся им невыносимыми и неразрешимыми. Индивидуальные характеристики пациентов с ПРЛ и парасуицидальным поведением сравниваются в табл. 1.5.

Таблица 1.5. Сравнительные характеристики ПРЛ и парасуицидального поведения

ПРЛ	Парасуицид
Эмоциональная дисрегуляция	
1. Эмоциональная нестабильность	1. Хронический негативный аффект
2. Проблемы с гневом	2. Гнев, враждебность, раздражительность
Межличностная дисрегуляция	
3. Нестабильные отношения	3. Конфликтные отношения
4. Усилия для избежания потерь	4. Слабая социальная поддержка
	5. Преобладание проблем в межличностных отношениях
	6. Пассивный стиль разрешения проблем в межличностных отношениях
Поведенческая дисрегуляция	
5. Суицидальные угрозы, парасуицид	7. Суицидальные угрозы, парасуицид
6. Импульсивное поведение с причинением себе вреда, включая злоупотребление алкоголем/наркотиками	8. Злоупотребление алкоголем/наркотиками, промискуитет
Когнитивная дисрегуляция	
7. Когнитивные нарушения	9. Когнитивная ригидность, дихотомическое мышление
Нарушение самовосприятия	
8. Нестабильное "Я" и его образ	10. Низкая самооценка
9. Хроническая опустошенность	

Пограничное расстройство личности и парасуицидальное поведение: точки пересечения

Как я уже упоминала, объектом моих научных исследований и клинической работы были хронически парасуицидальные индивиды, которые также соответствовали диагностическим критериям ПРЛ. С точки зрения профессионала это соответствие отличается уникальными

особенностями. Пациенты страдают более глубокой депрессией, чем указано в *DSM-IV*. У них также часто наблюдается сверхконтроль и подавление гнева, что выходит за рамки как *DSM-IV*, так и *DIB-R*. Мое отношение к данной категории пациентов не соответствует негативному значению терминов, используемых *DSM-IV* и *DIB-R*. Мой клинический опыт и мои суждения по данным вопросам изложены ниже.

Эмоциональная дисрегуляция: депрессия

«Аффективная нестабильность», один из терминов *DSM-IV*, относится к выраженной реактивности настроения, вызывающей эпизодическую депрессию, раздражительность или тревогу, которые могут наблюдаться в течение нескольких часов, изредка – нескольких дней. Из этого следует, что превалирующее настроение не определяется отрицательными эмоциями или депрессией. Однако мой опыт работы с парасуицидальными пациентами с ПРЛ показывает, что в целом их превалирующее аффективное состояние крайне негативное – по крайней мере, это касается депрессии. Например, среди пациентов моей клиники (41 человек), которые проявляли симптомы ПРЛ, а также демонстрировали парасуицидальное поведение, 71 % соответствовал диагностическим критериям тяжелого аффективного расстройства, а 24 % соответствовали критериям дистимии[13]. При проведении последнего клинического исследования, изучая самоотчеты пациентов, я и мои коллеги (*Linehan, Armstrong, Suarez, Allman, & Heard, 1991*) были поражены явной стабильностью депрессии и состояния безнадежности (период наблюдения – один год). Таким образом, *DIB-R*, с его акцентом на хронической депрессии, стабильных чувствах безнадежности, никчемности, вины и беспомощности, характеризует парасуицидальных индивидов с ПРЛ более адекватно, чем *DSM-IV*.

Эмоциональная дисрегуляция: гнев

Как *DSM-IV*, так и *DIB-R* подчеркивают нарушения контроля над гневом при пограничном функционировании психики. Оба руководства упоминают о сильном чувстве гнева и его поведенческих проявлениях. Среди пациентов нашей клиники – некоторое количество тех, которые явно соответствуют этим критериям. Однако у нас есть парасуицидальные пациенты с ПРЛ, для которых характерно сдерживание чувства гнева. Эти пациенты проявляют гнев чрезвычайно редко или вообще не проявляют. Наоборот, у них наблюдаются паттерны пассивного и подчиненного поведения в таких ситуациях, когда был бы уместен гнев – или, по крайней мере, ассертивное поведение[14]. Проблемы с выражением чувства гнева мешают нормальному функционированию как первых, так и вторых; при этом пациенты одной группы выражают гнев чересчур экспрессивно, а пациенты другой группы – недостаточно экспрессивно. Что касается пониженной экспрессивности выражения чувства гнева, в некоторых случаях она интерпретируется как следствие чрезмерной экспрессивности в прошлом. Почти во всех случаях пограничные индивиды с пониженной экспрессивностью проявляют явные страх и тревогу в связи с выражением чувства гнева. Порой они опасаются, что могут утратить контроль над собой, если проявят свой гнев хотя бы в малейшей степени, а иногда боятся, что объекты даже незначительных проявлений гнева будут мстить им.

---

[13] Дистимия (греч. *dys* – нарушение функции, рассогласование, *thymos* – настроение, чувство) – кратковременные, длящиеся несколько часов, иногда дней расстройства настроения (гневливость, недовольство, анксиозно-депрессивное или тревожно-гневливое настроение). – *Примеч. ред.*

[14] Ассертивное поведение – уверенное поведение, отличается от агрессивного или неуверенного тем, что демонстрирующий его индивид ориентирован на равное соблюдение интересов всех сторон. – *Примеч. ред.*

«Манипуляция» и другие негативные описания

Как *DIB-R*, так и *DSM-IV* подчеркивают так называемое «манипулятивное» поведение как составляющую пограничного синдрома. К сожалению, ни в одном из руководств нет четкого указания на то, какое операциональное определение можно дать данным поведенческим паттернам. Манипуляция – ловкая проделка, ухищрение, махинация; это слово обычно употребляется с оттенком неодобрения. Данное определение подразумевает, что манипулирование – это намеренное воздействие на других индивидов непрямыми и/или нечестными методами.

Типично ли такое поведение для индивидов с ПРЛ? Основываясь на своем клиническом опыте, могу сказать – нет. Наоборот, когда пациенты с ПРЛ пытаются повлиять на кого-то, они, как правило, прямолинейны, напористы и отнюдь не прибегают к хитрости и уловкам. Несомненно, индивиды с ПРЛ воздействуют на других людей. Часто самым эффективным (в плане воздействия) поведенческим паттерном выступает парасуицид или угроза самоубийства; в других ситуациях – жалобы на чрезвычайно сильную боль и страдания или на какой-либо кризис, требующий помощи окружающих. Конечно, подобное поведение отнюдь не означает манипулирование. В противном случае манипулятивным поведением пришлось бы считать любой призыв о помощи со стороны испытывающих страдания людей. Вопрос в том, используют ли индивиды с ПРЛ упомянутые поведенческие паттерны для того, чтобы намеренно оказывать на других людей непрямое воздействие. Подобная интерпретация едва ли соответствует восприятию индивидов с ПРЛ своих собственных целей. Поскольку мотивы поведения можно установить только с помощью самоотчета, утверждать, что намерение присутствует, вопреки утверждениям пациентов, означало бы либо признать их патологическими лжецами, либо постулировать существование неосознаваемых мотивов поведения.

Трудно согласиться с утверждениями некоторых теоретиков о том, что индивиды с ПРЛ часто лгут. Это не соответствует моему опыту, за одним-единственным исключением. Исключение связано с использованием незаконных наркотиков и предписанных медикаментозных средств в условиях жесткого контроля (эта тема будет обсуждаться в главе 15). Мой опыт работы с суицидальными пациентами с ПРЛ показывает, что частая интерпретация их поведения как «манипулятивного» выступает основным источником возникающего у них ощущения несостоятельности и непонимания со стороны окружающих. С их собственной точки зрения, суицидальное поведение отражает серьезную, порой крайне интенсивную суицидальную идеацию, а также неуверенность относительно смысла жизни. Хотя сообщения пациентов о необычных идеях или демонстрация экстремального поведения может сопровождаться желанием получить помощь от адресатов сообщений, это не обязательно означает, что пациенты действуют подобным образом именно для того, чтобы добиться поддержки.

Многочисленные случаи суицидального поведения и угрозы самоубийства, обостренные реакции на критику, непринятие и претензии, частая неспособность определить, какие именно факторы непосредственно влияют на их поведение, действительно заставляют окружающих чувствовать себя объектом манипуляций. Однако делать вывод о целях поведения на основании последствий этого поведения (в данном случае мнение окружающих о том, что они стали объектами манипуляций) было бы нелогично. Тот факт, что на поведение влияют его последствия («оперантное поведение», выражаясь бихевиористическими терминами) едва ли имеет какое-либо отношение к намерению индивида, цели этого поведения. Цель не определяется результатом. Например, пациент вполне предсказуемо может угрожать самоубийством, когда его подвергают критике. Если после этого критик всегда меняет гнев на милость и переходит к утешению и ободрению, можно с уверенностью сказать, что связи между критикой и угрозами самоубийства станут более прочными. Однако существование подобной корреляции ни в коей

мере не означает, что пациент пытается или намеревается изменить поведение критикующего его человека с помощью угроз или вообще осознает взаимосвязь между своим поведением и поведением критикующего. Поэтому поведение индивидов с ПРЛ нельзя назвать «манипулятивным» в общепринятом значении этого термина. Утверждение же о том, что «манипуляции» осуществляются неосознанно, будет логической тавтологией, основанной на клиническом допущении. Негативные обертоны подобного допущения и ненадежность клинических допущений в целом (см. обзор у *Mischel, 1968*) свидетельствуют о неоправданности подобных утверждений.

Как в *DIB-R*, так и в *DSM-IV* используются другие термины с негативным значением. Например, в одном из предлагаемых критериев неустойчивого образа «Я» в *DSM-IV* можно найти следующее предложение: «Как правило, это включает переход от положения бедного просителя к положению праведной и мстительной жертвы». Рассмотрим выражение «праведная и мстительная жертва». Его применение подразумевает некую дисфункциональность и патологию данной позиции. Однако последние данные о том, что 76 % женщин, соответствующих критериям ПРЛ, действительно стали жертвами сексуальных домогательств в детском и подростковом возрасте, а также статистика физического насилия, которому подвергаются эти индивиды, свидетельствуют о том, что упомянутая позиция не соответствует действительности.

Теперь рассмотрим выражение «бедный проситель». Нет ничего необычного в том, что испытывающий сильные страдания индивид становится «бедным просителем». Наоборот, именно такая позиция может обеспечить индивиду помощь, необходимую для облегчения его нынешнего мучительного состояния. Это особенно относится к тем случаям, когда не хватает общих ресурсов или когда нуждающийся в помощи не имеет достаточно ресурсов для того, чтобы «купить» необходимую поддержку. Для индивидов с пограничным расстройством личности характерно как первое, так и второе. У специалистов в области психического здоровья не много средств для оказания помощи таким людям. Та небольшая помощь, которую мы им можем предложить, ограничена другими обязанностями и личными потребностями. Зачастую мы можем уделить индивидам с ПРЛ всего несколько часов в неделю, и они получают от нас лишь скудные крохи того, в чем больше всего нуждаются, – нашего времени, внимания, заботы. У индивидов с ПРЛ нет также необходимых навыков для поиска, развития или поддержания других межличностных отношений, которые могли бы дать то, что им так необходимо. Порицать же людей, которые не получают того, в чем нуждаются, по меньшей мере негуманно. Когда пострадавшие от ожогов или больные раком просят нас о помощи, мы не начинаем иронизировать по этому поводу. Думаю, если таким людям не давать обезболивающих лекарств, их мысли, как и у пациентов с ПРЛ, тоже будут метаться между жизнью и смертью.

На это можно возразить, что для психиатров упомянутые термины не несут негативного значения. Возможно, так оно и есть. Однако мне кажется, что подобные уничижительные термины уж точно не способствуют сочувственному, понимающему и заботливому отношению к индивидам с ПРЛ. Наоборот, они устанавливают эмоциональную дистанцию между клиницистами и пациентами и вызывают у терапевтов отрицательное отношение к индивидам с ПРЛ. В других случаях такие термины отражают уже существующие эмоциональные барьеры, гнев и неудовлетворенность специалистов. Одна из главных целей моей работы – создать такую теорию ПРЛ, которая одновременно была бы рациональной с точки зрения науки и свободной от субъективизма и критицизма. Основная идея состоит в том, что эта теория должна привести к выработке эффективных терапевтических методов, а также формированию сострадательного отношения к индивидам с ПРЛ. Такое отношение крайне необходимо, особенно когда речь идет о данной категории пациентов. Наши возможности помощи ограничены, страдания этих людей чрезмерны, а от успехов или неудач наших попыток помочь им может зависеть их жизнь.

Терапия пограничного расстройства личности: введение

Разработанная мной терапевтическая программа – диалектическая поведенческая терапия, или ДПТ – в основном представляет собой адаптацию широкого спектра методов когнитивной и поведенческой терапии специально для проблемы ПРЛ, включая различные виды суицидального поведения. Такие особенности, как акцент на диагностике, сбор данных о поведении пациентов в текущий период, точное операциональное определение терапевтических целей, отношения сотрудничества между терапевтом и пациентом (включая ориентацию последнего на терапевтическую программу и обоюдное стремление к решению терапевтических задач), а также применение обычных когнитивно-поведенческих методик свидетельствуют о том, что это стандартная программа когнитивно-поведенческой терапии. Основные терапевтические процедуры решения проблем, методов воздействия, обучения навыкам, управления стрессогенными ситуациями и когнитивной модификации уже давно и прочно утвердились в когнитивной и поведенческой терапии. Каждому из этих комплексов процедур посвящено множество теоретических работ и эмпирических исследований.

ДПТ также обладает определенными отличительными особенностями. Как видно из названия, важнейшей характеристикой выступает акцент на «диалектике», т. е. примирении противоположностей в процессе непрерывного синтеза. Основополагающий аспект этой диалектики – необходимость принимать пациентов такими, какие они есть, в то же время пытаясь научить их меняться. Напряжение между различными изменениями, происходящими с пациентами, чрезвычайно высокими и низкими устремлениями и ожиданиями, основанными на собственных возможностях, создает невероятные трудности для терапевтов. Это напряжение требует постоянных мгновенных переходов, в зависимости от обстоятельств, от поддерживающего принятия к конфронтации и стратегиям изменений. Акцент на принятии как противовесе изменениям вытекает непосредственно из интеграции психологической практики Запада и восточной философии (дзэн). Термин «диалектика», кроме того, подразумевает необходимость диалектического мышления со стороны терапевта, а также работу над изменениями собственного недиалектического, дихотомического, негибкого мышления со стороны пациента. Стиль ДПТ представляет собой сочетание основанного на фактах, несколько негативного, порой даже жестокого отношения к парасуицидальному поведению и другим дисфункциональным типам поведения в настоящем и прошлом, с одной стороны, и теплоты, гибкости, чуткости и стратегического самораскрытия терапевта – с другой. Постоянные попытки в рамках ДПТ произвести «рефрейминг» суицидального и других дисфункциональных поведенческих паттернов и представить их в качестве одного из множества средств решения проблем, приобретенных пациентами, уравновешиваются акцентом на валидации[15] текущих эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций в том виде, в котором они проявляются. Сосредоточение на решении проблем требует от терапевта систематической работы над всеми дисфункциональными поведенческими паттернами пациента (как во время психотерапевтических сеансов, так и вне их) и терапевтическими ситуациями, включая проведение совместного поведенческого анализа, формулирование гипотез относительно возможных факторов влияния на данную проблему, генерирование возможных изменений (поведенческих решений), а также испытание и оценку этих решений.

Пациентов активно обучают эмоциональной регуляции, межличностной эффективности, навыкам перенесения дистресса, общей психической вовлеченности и самоконтролю. Все тера-

[15] Валидация (от англ. *valid* – действительный, веский) – распознавание и признание окружением эмоциональных реакций индивида. Валидация чувств поощряет «Я» индивида – он чувствует поддержку, одобрительные комментарии окружения вселяют в него чувство полноценности. В какой бы форме ни осуществлялась валидация чувств, индивид всегда понимает ее содержание одинаково: «Ваши чувства приемлемы, вы имеете на них право». – *Примеч. ред.*

певтические модели приветствуют и разъясняют применение упомянутых навыков. Использование стрессовых ситуаций в терапевтическом контексте требует, чтобы терапевт внимательно отслеживал влияние обоих участников – себя и пациента – друг на друга. Хотя основной упор делается на естественно возникающих стрессовых обстоятельствах как средстве воздействия на поведение пациента, терапевту позволяется использовать как произвольное подкрепление, так и ситуации дистресса, если данное поведение может иметь летальный исход или если в обычных терапевтических условиях трудно добиться от пациента необходимого поведения. В ДПТ постоянно подчеркивается тенденция пациентов с пограничным расстройством личности активно избегать угрожающих ситуаций. Поэтому в рамках ДПТ одобряется экспозиция угрожающих раздражителей как в терапевтическом контексте, так и *in vivo* (в условиях реальной жизни, лат. – *Примеч. ред.*). Акцент на когнитивной модификации не столь выраженный, как в «чистой» когнитивной терапии, однако такая модификация поощряется и в процессе поведенческого анализа, и при подготовке поведенческих изменений.

Акцент ДПТ на валидации требует, чтобы терапевт искал частицу смысла или истины, которая заключена в каждой реакции пациента, и доносил этот смысл или истину до своего подопечного. Вера в то, что пациент желает добиться терапевтического прогресса и личностного роста, а также вера в присущую ему способность к изменениям является основой данной терапевтической системы. Валидация включает также частое, благожелательное признание терапевтом того эмоционального отчаяния, которое испытывает пациент. На протяжении всего терапевтического процесса сохраняется ориентация на построение и поддержание позитивных межличностных отношений сотрудничества между пациентом и терапевтом. Главная особенность терапевтических отношений состоит в первичной роли терапевта как советника именно пациента, а не советника других людей относительно пациента.

Различия между данным подходом и стандартной когнитивной и поведенческой терапией

Некоторые аспекты ДПТ отличают ее от «обычной» поведенческой и когнитивной терапии: 1) акцент на принятии и валидации поведения в том виде, в котором оно проявляется в настоящий момент; 2) акцент на модификации поведения, препятствующего терапии; 3) акцент на терапевтических отношениях как необходимом условии лечения; 4) акцент на диалектическом характере процесса. Во-первых, ДПТ акцентирует принятие фактического поведения и действительности в большей мере, чем большинство когнитивных и поведенческих терапевтических систем. В значительной степени стандартная когнитивно-поведенческая терапия может интерпретироваться как технология изменений. Многие ее методики берут свое начало в сфере научения, которая есть не что иное, как изучение поведенческих изменений через опыт. ДПТ, наоборот, подчеркивает необходимость сбалансированности изменений и принятия. Хотя принятие пациентов существенно важно для любой успешной терапии, ДПТ опережает стандартную когнитивно-поведенческую терапию, подчеркивая необходимость обучения пациентов принятию себя и своего мира такими, какие они в настоящий момент. Поэтому технология принятия настолько же важна, как и технология изменений.

Акцент ДПТ на сбалансированности принятия и изменений в значительной степени объясняется моим опытом медитации и изучения восточных философско-религиозных систем. Такие принципы ДПТ, как наблюдение, психическая вовлеченность, а также некритическое отношение заимствованы мной из философии и практики дзэн. Поведенческое лечение, которое в этом отношении больше других приближается к ДПТ, – контекстуальная психотерапия С. Хайза (*Hayes, 1987*). Хайз – представитель радикальной поведенческой терапии, который также подчеркивал необходимость поведенческого принятия. На создание ДПТ оказали влияние также некоторые другие теоретики, применяющие эти принципы к специфическим

проблемным сферам. Например, Г. Марлатт и Дж. Гордон (*Marlatt & Gordon, 1985*) учат психической вовлеченности алкоголиков, а Н. Джейкобсон (*Jacobson, 1991*) недавно начал систематическое обучение принятию проблемных семейных пар.

Акцент ДПТ на препятствующем терапии поведении скорее ближе к психодинамической ориентации на трансферное поведение, чем к какому-либо аспекту стандартных когнитивно-поведенческих терапевтических систем. В целом поведенческие терапевты провели мало эмпирических исследований по работе с препятствующим терапии поведением. Исключением можно считать многочисленную литературу по терапии поведения следования (напр., *Shelton & Levy, 1981*). Другие подходы к данной проблеме обычно рассматривались с точки зрения «шейпинга» (формирование, англ. – *Примеч. ред.*), который пользовался достаточно большим вниманием у специалистов, занимающихся терапией детей, пациентами с хроническими психическими заболеваниями, требующими стационарного лечения, и умственно отсталыми индивидами (*Masters, Burish, Hollon, & Rimm, 1987*). Это вовсе не значит, что данную проблему совершенно проигнорировали. П. Чемберлен с коллегами (*Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh, & Forgatch, 1984*) даже разработали шкалу сопротивления терапии для работы с супружескими парами, проходившими поведенческую семейную терапию.

Мой акцент на терапевтических взаимоотношениях как необходимом условии прогресса ДПТ основывается прежде всего на работе с суицидальными индивидами. Порой такие отношения становятся единственным фактором, который удерживает пациентов от самоубийства. Поведенческие терапевты уделяют внимание терапевтическим отношениям, но не в такой мере, как в моей диалектической поведенческой терапии. Р. Коленберг и М. Тсай (*Kohlenberg & Tsai, 1991*) недавно разработали интегрированную поведенческую терапию, в которой проводником изменений выступают взаимоотношения терапевта и пациента; эти идеи оказали влияние на ДПТ. И хотя представители когнитивной терапии постоянно упоминали о важности взаимоотношений «терапевт – пациент», они мало писали о том, как их построить. Исключение – недавно опубликованная книга Дж. Сафрана и З. Сигала (*Safran & Siegal, 1990*).

Наконец, акцент на диалектическом процессе (о чем подробно говорится в главе 2) отмежевывает ДПТ от стандартной когнитивно-поведенческой терапии, но не настолько, как это кажется на первый взгляд. Подобно поведенческой терапии, диалектика говорит о преимуществе процесса над структурой. Последние достижения радикального бихевиоризма и контекстуальной теории, а также подходы к поведенческой терапии, возникшие на их основе (напр., *Hayes, 1987; Kohlenberg & Tsai, 1992; Jacobson, 1992*), имеют много общего с ДПТ. Более поздние подходы к когнитивной терапии в рамках теории обработки информации (напр., *Williams, in press*) также подчеркивают преимущество процесса над структурой. Однако ДПТ в применении диалектических принципов идет гораздо дальше, чем многие стандартные когнитивные и поведенческие терапевтические системы. Влияние диалектической ориентации на определение терапевтических стратегий весьма существенное. Акцент на диалектических принципах в ДПТ больше всего похож на терапевтическую направленность в гештальт-терапии, которая также берет начало в холистической теории систем и ориентируется на такие идеи, как синтез. Интересно, что новейшие подходы когнитивной терапии к ПРЛ, разработанные А. Беком и его коллегами (*Beck, Freemen, & Associates, 1990; Young, 1988*), открыто заимствуют методики гештальт-терапии.

Следует ли считать эти различия основополагающими – вопрос практики. Конечно, в конце концов стандартные когнитивно-поведенческие составляющие могут оказаться именно тем фактором, который обусловливает эффективность ДПТ. Или же может случиться, что по мере расширения диапазонов когнитивной и поведенческой терапии различия между ДПТ и более консервативными методами лечения окажутся не столь резкими, как мне это представляется в настоящее время.

Эффективность терапии (эмпирические данные)

Диалектическая поведенческая терапия – один из немногих психосоциальных подходов к лечению ПРЛ, эффективность которого подтверждается эмпирическими данными специальных исследований. Это вызывает удивление, учитывая большие трудности, связанные с терапией данной категории пациентов, огромное количество специальной литературы по работе с ними и широкий интерес к данной проблеме. Я смогла обнаружить всего лишь две другие терапевтические системы, которые подвергались контролируемым клиническим испытаниям. Э. Марциали и Х. Мунро-Блум (*1987; Munroe-Blum & Marziali, 1987, 1989; Clarkin, Marziali, & Munroe-Blum, 1991*) сопоставляли психодинамическую групповую терапию ПРЛ (психотерапия управления отношениями, *Relationship Management Psychotherapy – RMP*) и обычную индивидуальную психотерапию. Они не нашли никаких различий в терапевтических результатах, хотя при психотерапии управления отношениями меньшее количество пациентов прекращали лечение преждевременно. Р. Тернер (*Turner, 1992*) недавно завершил рандомизированные[16] контролируемые испытания структурированной мультимодальной терапии, состоящей из фармакотерапии в сочетании с интегративной динамической/когнитивно-поведенческой терапией, довольно близкой к ДПТ. Предварительные результаты указывают на перспективность структурированной мультимодальной терапии – наблюдается постепенное убывание проблемных когниций и поведения, тревоги, депрессии.

По ДПТ были проведены два клинических исследования. В обоих хронически парасуицидальные пациенты с симптомами ПРЛ случайным образом подвергались ДПТ либо обычной индивидуальной психотерапии. Исследования проводились с участием терапевтов (среди которых была и я), психологов, психиатров и других специалистов, прошедших специальную подготовку по ДПТ под моим руководством. Клинические испытания продолжались в течение одного года. Обследования проводились каждые четыре месяца, последнее – по результатам терапии. После окончания терапии были проведены еще два обследования с интервалом в шесть месяцев.

Исследование 1

В ходе первого исследования двадцати четырем пациенткам назначили ДПТ, другим двадцати трем – традиционную психотерапию. Учитывали данные только тех пациенток, которые прошли четыре и более психотерапевтических сеанса, т. е. двадцати двух женщин. Одна из пациенток, которая проходила традиционную психотерапию, не явилась для обследования. Результаты, свидетельствующие о преимуществе ДПТ, были выявлены в каждой целевой области исследования.

1. По сравнению с пациентками, проходившими традиционную психотерапию, у моих пациенток на протяжении годичного лечения наблюдалась значительно меньшая склонность к парасуицидальному поведению как таковому, они сообщали о меньших парасуицидальных эпизодах во время каждого обследования, было зарегистрировано меньше тяжелых (в медицинском отношении) случаев парасуицида на протяжении года. Такие результаты были получены несмотря на то, что ДПТ не казалась более эффективной, чем традиционная психотерапия, если судить по самоотчетам о чувстве безнадежности, суицидальной идеации или смысле жизни (у пациенток, чье состояние улучшалось). Подобное снижение частоты парасуицидаль-

[16] Рандомизация (от англ. *random* – случайный) – метод случайного причисления (в данном случае испытуемых к экспериментальной или контрольной группе). – *Примеч. ред.*

ных эпизодов было обнаружено У. Барли и его коллегами (*Barley et al., in press*), когда они применили ДПТ в условиях психиатрического стационара.

2. ДПТ оказалась эффективнее, чем традиционная психотерапия, для предотвращения досрочного прекращения пациентами терапии – самый проблемный из типов препятствующего терапии поведения. За год терапию бросили всего 16,4 % – значительно меньше по сравнению с 50–55 % пациентов, преждевременного оставивших терапию при других методах лечения за тот же период (*Koenigsberg, Clarkin, Kernberg, Yeomans, & Gutfreund, in press*).

3. Пациентки, проходящие ДПТ, реже попадали в психиатрические клиники; суммарное время, проведенное в психиатрическом стационаре среднестатистической пациенткой, было меньше (8,46 дня за год по сравнению с 38,86 дня для среднестатистической пациентки, проходившей традиционную психотерапию).

Во многих клинических исследованиях индивиды, которые предпринимали суицидальные попытки либо были госпитализированы вследствие каких-либо психиатрических проблем, исключаются из эксперимента. Поэтому я была особенно заинтересована в том, чтобы объединить изучение двух этих результатов. Была разработана система классификации психологического функционирования с континуумом от хорошего до плохого. Индивиды, которые не подвергались психиатрической госпитализации и не демонстрировали парасуицидальное поведение в течение последних четырех месяцев, считались «хорошими». Пациентки, которые либо проходили стационарное лечение в психиатрических клиниках, либо демонстрировали парасуицидальное поведение, условно назывались «умеренными». А те индивиды, которые и подверглись психиатрической госпитализации, и проявили парасуицидальное поведение в течение последних четырех месяцев терапии (вместе с пациенткой, которая покончила с собой), считались «плохими». Используя такую классификацию, тринадцать пациенток ДПТ показали хорошие результаты, у шести были умеренные, и у трех – плохие. В условиях традиционной психотерапии по шесть пациенток приходилось на хорошие и плохие результаты, десять пациенток показали умеренные результаты. Разница в результатах получается существенной: на уровне достоверности различий $p < 0{,}02$.

4. По окончании лечения общая приспособляемость пациенток ДПТ по сравнению с индивидами, проходившими традиционную психотерапию, оценивалась интервьюером выше. Сами пациенты выше оценили свою успешность в исполнении обычных социальных ролей (на работе, в школе, в быту). Эти результаты в сочетании с успехом ДПТ в сокращении среднестатистического периода психиатрической госпитализации свидетельствуют об эффективности ДПТ в лечении опасного для жизни поведения.

5. Эффективность ДПТ для усиления определенных поведенческих навыков была смешанной. Что касается эмоциональной регуляции, пациентки ДПТ считали себя более успешными в изменении своих эмоций и усилении общего контроля над ними, чем индивиды, проходившие традиционную психотерапию. У пациенток ДПТ также был гораздо более низкий уровень гневливости и тревожности согласно тестам-самоотчетам. Однако самоотчеты не показали никакого различия в уровне депрессии (хотя состояние всех пациенток улучшилось). Что касается межличностных навыков, пациентки ДПТ по сравнению с другой группой оценили свою межличностную эффективность и способность решать межличностные проблемы выше, а также показали более высокий уровень социальной приспособляемости как в самоотчетах, так и по оценке интервьюера. По сравнению с традиционной психотерапией ДПТ не была более действенной для повышения оценки пациентками своего успеха в толерантности и принятии себя и действительности. Тем не менее более эффективное снижение парасуицидального поведения, продолжительности стационарного психиатрического лечения, а также гневливости у пациенток ДПТ (несмотря на отсутствие выраженного прогресса в таких сферах, как депрессия, чувство безнадежности, суицидальная идеация и смысл жизни) может сви-

детельствовать о том, что способность переносить дистресс – по крайней мере, это касается поведенческих и эмоциональных откликов – у пациенток ДПТ все-таки повысилась.

Клиническое превосходство ДПТ сохранялось даже в том случае, когда результаты прошедших ее пациенток сравнивали с результатами только тех представителей другой группы, которые в течение года регулярно получали индивидуальную психотерапию. Это говорит о том, что эффективность ДПТ не есть просто результат систематической индивидуальной психотерапии. Результаты этих исследований приводятся в других моих книгах (*Linehan et al., 1991; Linehan & Heard, 1993; Linehan, Tutek, & Heard, 1992*).

После завершения терапии мы выбрали 37 пациенток для последующего интервьюирования через 18 месяцев и 35 – для интервьюирования через 24 месяца (*Linehan, Heard, & Armstrong, in press*). Многие пациентки не хотели проходить весь комплекс обследований, однако согласились на сокращенное интервью по основным терапевтическим результатам. Превосходство ДПТ над традиционной психотерапией, достигнутое за год, в целом сохранялось в течение следующего года. На каждом этапе последующих обследований пациентки ДПТ показывали лучшие результаты, чем индивиды, проходившие традиционную психотерапию, в таких аспектах, как общая приспособляемость, социальная приспособляемость и профессиональная успешность. В каждой сфере, в которой эффективность ДПТ оказалась более высокой по сравнению с традиционной психотерапией, преимущество сохранялось по крайней мере в течение шести последующих месяцев. Преимущество ДПТ в течение первых шести месяцев после окончания лечения наиболее очевидно проявлялось в снижении парасуицидального поведения и гнева, а в течение второго полугодия – в сокращении длительности стационарного психиатрического лечения.

Рассматривая результаты исследования эффективности ДПТ, необходимо помнить три вещи. Во-первых, хотя за год терапии были достигнуты значительные результаты, которые в основном сохранялись в течение последующих двенадцати месяцев, полученные нами данные не могут служить доказательством того, что одного года для излечения этих пациенток достаточно. Характеристики наших пациенток соответствовали клиническим симптомам почти по всем критериям. Во-вторых, наше исследование не может служить достаточным основанием для того, чтобы судить о терапевтической эффективности. Хотя полученные нами результаты подтвердились У. Барли и др. (*Barley et al., in press*), необходима дальнейшая исследовательская работа. В-третьих, существует мало данных (если они вообще существуют) о том, что другие виды терапии *не* эффективны. Кроме тех двух исключений, о которых я упоминала выше, никакие другие терапевтические системы не оценивались посредством контролируемого клинического эксперимента.

Исследование 2

В ходе второго исследования (*Linehan, Heard, & Armstrong, 1993*) мы занимались следующим вопросом: когда пациенты с ПРЛ проходят индивидуальную (не-ДПТ) психотерапию, повысится ли эффективность лечения, если дополнительно проводить групповой тренинг навыков по методике ДПТ? Восемь случайно выбранных пациенток проходили групповой тренинг навыков по методике ДПТ, восемь других, не проходивших такого тренинга, образовали контрольную группу. Все пациентки уже получали индивидуальную продолжительную психотерапию в клиниках и были направлены на групповой тренинг навыков своими терапевтами. Разделение на группы осуществлялось случайным образом. За исключением вида терапии, между участниками исследований 1 и 2 не было особых различий. Если не считать того факта, что нам удалось удерживать большинство пациентов (73 %), проходящих тренинг навыков, более года (предотвратив досрочное окончание терапии), результаты показали, что ДПТ мало подходит или вообще не подходит в качестве дополнительного лечения при проведении инди-

видуальной (не-ДПТ) психотерапии. По завершении лечения не наблюдалось сколько-нибудь значительных различий между двумя группами по всем параметрам. Методика проведения эксперимента исключает возможность того, что отсутствие различий объясняется недостаточным объемом выборки.

Затем мы провели *post hoc* (последующее, лат. – *Примеч. ред.*) сравнение всех участниц второго исследования, регулярно проходивших индивидуальную психотерапию (*n*=18), и пациенток, проходивших стандартную ДПТ (*n*=21). Это позволило нам сравнить ДПТ с другой индивидуальной психотерапией, в ходе которой терапевт уделял пациенткам столько же внимания, как и при диалектической поведенческой терапии. Участницы первого исследования, проходившие стандартную ДПТ, показали лучшие результаты во всех целевых областях. Пациентки, регулярно получавшие индивидуальную психотерапию по традиционной методике, независимо от прохождения группового тренинга навыков, показали те же результаты (не хуже и не лучше), что и двадцать две участницы первого исследования, проходившие традиционное психиатрическое лечение. Какие выводы можно сделать на основании полученных данных? Во-первых, второе исследование подтверждает результаты первого. Стандартная ДПТ (т. е. терапия плюс тренинг навыков) эффективнее традиционной психотерапии. Однако мы не можем утверждать, что групповой тренинг навыков как таковой неэффективен или не столь важен при его проведении в формате стандартной ДПТ. Неясно также, насколько эффективен тренинг навыков по методике ДПТ, если он проводится отдельно, без сопутствующей индивидуальной (не-ДПТ) психотерапии. В стандартной ДПТ тренинг навыков интегрирован в индивидуальную психотерапию, при этом последняя в значительной степени обеспечивает формирование навыков, обратную связь и подкрепление. Подобная интеграция обоих типов терапии, включая индивидуальную помощь в применении новых поведенческих навыков, может быть решающим фактором успеха стандартной ДПТ. Более того, совмещение индивидуальной (не-ДПТ) психотерапии с тренингом навыков по методике ДПТ может быть источником личного конфликта для пациента, который отрицательно повлияет на результаты лечения. Мы занимаемся изучением этих вопросов.

Заключение

Хотя проблеме пограничного расстройства личности посвящены многие исследования, до сих пор нет единого мнения о том, следует ли считать эту диагностическую категорию полезной и обоснованной. Предубеждение по отношению к индивидам, симптомы которых квалифицируются как «пограничные», вызвало многочисленные протесты против использования этого диагностического термина. Термин «пограничный» приобрел настолько негативное значение (как выражение неприятия жертв данного расстройства), что некоторые авторы выступают за его отмену. Другие, указывая на взаимосвязь между этим диагнозом и сексуальными домогательствами, перенесенными жертвами в детском возрасте (подробнее об этом – в главе 2), предлагают названия, отражающие эти ассоциации, – например, «посттравматический синдром». Идея здесь в том, что если термин квалифицирует проблемное поведение как результат насилия над индивидом (а не вину индивида), негативное значение, выражающее предубеждение по отношению к пациентам данной категории, будет устранено.

Хотя я не принадлежу к поклонникам термина «пограничный», я не думаю, что простая смена названий устранит предубеждение по отношению к трудно поддающимся лечению жертвам этого расстройства. Я считаю, что выходом из этой ситуации может быть разработка теории, основанной на здравых научных принципах, подчеркивающей, что в основе патологического «пограничного» поведения лежит «нормальная» реакция индивида на дисфункциональные биологические, психологические и средовые факторы. Возможность порицать и унижать жертв данного расстройства обусловлена тем, что мы квалифицируем этих индивидов как

принципиально отличающихся от нас самих. Может быть, иногда мы порицаем и унижаем их только для того, чтобы они казались принципиально отличными от нас. Однако как только мы поймем, что закономерности, обусловливающие нормальное поведение (в том числе наше собственное), это те же самые закономерности, которые обусловливают пограничное поведение, нам будет легче сопереживать и с участием относиться к страданиям жертв и не винить их в тех трудностям, которые сопряжены с терапией данного расстройства. Теоретическая позиция, описанная в следующих двух главах, – попытка достичь этой цели.

Примечания

1. Для обозначения индивидов, проходящих психотерапию, обычно используют термины «пациент» либо «клиент». В этой книге я постоянно использую термин «пациент», в «Руководстве по тренингу навыков…» я употребляю слово «клиент». На это есть определенные причины. Слово «пациент» произошло от латинского *patiens*, что значит «терпеливый», «способный переносить». Хотя данный элемент семантики слова «пациент» утратил свою актуальность, он весьма точно характеризует индивидов с ПРЛ, проходящих у меня психотерапию. Более распространенное значение этого слова – «больной, лечащийся у врача» – менее применимо в данном случае, поскольку ДПТ не базируется исключительно на модели болезни.

2. Вызывает интерес тот факт, что представители как психоаналитической, так и когнитивно-поведенческой школ стали проявлять внимание к пограничному расстройству личности по одним и тем же причинам. Действенные при лечении других расстройств терапевтические методы оказываются менее эффективными, если у пациентов наблюдаются симптомы ПРЛ.

3. Р. Дикстра разрабатывал новый комплекс определений нелетального суицидального поведения для нового, 10-го издания «Международной классификации болезней» (*International Classification of Deseases – ICD*) (*Diekstra, 1988*, цит. по: *Van Egmond & Diekstra, 1989*). В этой новой системе суицидальная попытка – не то же самое, что парасуицид. Определения приводятся ниже.

Суицидальная попытка:

а) действие без летального исхода, которое не является привычным;

б) начатое добровольно и осуществляемое индивидом, который в нем участвует;

в) которое приводит к самоповреждению или приведет к таковому без вмешательства других людей либо заключается в употреблении такого количества вещества, которое превышает общепринятую терапевтическую дозировку.

Парасуицид:

а) действие без летального исхода, которое не является привычным;

б) начатое добровольно и осуществляемое индивидом, который в нем участвует и ожидает такого исхода;

в) которое приводит к самоповреждению или приведет к таковому без вмешательства других людей либо состоит в употреблении такого количества вещества, которое превышает общепринятую терапевтическую дозировку;

г) исход которого исполнитель считает средством достижения желаемых изменений в сознании окружающих и/или социальных условиях.

Глава 2. Диалектические и биосоциальные основы терапии

Диалектика

Каждая теория функционирования личности и ее расстройств основана на определенных философских воззрениях. Часто эти взгляды не декларируются, и чтобы их понять, приходится читать между строк. Например, в основе клиент-центрированной теории и терапии Карла Роджерса лежит допущение о том, что люди обладают огромным положительным потенциалом и врожденным стремлением к самоактуализации. Зигмунд Фрейд полагал, что индивиды стремятся к удовольствию и избегают боли. Он также допускал, что всякое поведение человека психологически детерминировано, что поведение не бывает случайным (оно определяется случайными событиями в окружении индивида).

ДПТ точно так же базируется на особой философской системе – диалектике. В этом разделе я постараюсь объяснить, что я подразумеваю под этим понятием. Надеюсь убедить вас в том, что осмысление диалектической философии имеет большое значение и может способствовать вашему пониманию пациентов с ПРЛ и взаимодействию с ними. Я не собираюсь читать вам лекцию о значении и происхождении термина «диалектика», не буду проводить глубокого анализа современной философской мысли в этой области знания. Достаточно сказать, что диалектика и сейчас живет и процветает. Большинство людей ассоциируют диалектику с социально-экономической теорией К. Маркса и Ф. Энгельса. Однако как мировоззрение диалектика также фигурирует в теориях развития науки *(Kuhn, 1970),* биологической эволюции *(Levins & Lewontin, 1985),* сексуальных отношений *(Firestone, 1970)* и более поздней теории развития мышления у взрослых *(Basseches, 1984).* Уэллс (*Wells, 1972,* цит. по: *Kegan, 1982)* доказал факт перехода к диалектической ориентации почти во всех социальных и естественных науках за последние 150 лет.

Почему диалектика?

Я начала применять диалектический подход для разработки своей терапевтической системы в начале 1980-х годов при проведении терапевтических наблюдений и обсуждений с моей исследовательской группой. Во время еженедельных психотерапевтических сеансов мои коллеги наблюдали за тем, как я пыталась применить когнитивно-поведенческую терапию, которой обучалась у Джеральда Дейвисона и Марвина Голдфрида в Университете штата Нью-Йорк (Стоуни-Брук). После каждого сеанса мы обсуждали как поведение пациента, так и мое поведение. В то время нашей целью было нахождение действенных терапевтических техник или, по крайней мере, таких методик, которые не препятствовали бы терапевтическим изменениям и положительным рабочим отношениям с пациентами. Затем я должна была последовательно применять эти методики в своей клинической практике. Последующие дискуссии были направлены на то, чтобы закрепить полезное, отбросить бесполезное и вредное и сформулировать в поведенческих терминах определение того, в чем состоял точный терапевтический смысл моих действий.

Разработка моей терапевтической системы связана с несколькими важными событиями. Во-первых, мы с коллегами доказали, что когнитивно-поведенческая терапия эффективна при работе с данной категорией пациентов; это нас вдохновило, поскольку означало достижение поставленной цели. Однако из наблюдений за моими действиями следовало, что я применяла некоторые другие процедуры, которые не относятся к традиционной когнитивной или поведенческой терапии. Сюда относились, например, намеренное преувеличение возможных

последствий тех или иных событий, как, например, у К. Уитакера (*Whitaker, 1975, p. 12–13*); соответствующая традициям дзэн-буддизма мотивация принятия чувств и ситуаций, а не их изменение; взаимосвязанные утверждения – такие, например, как в Проекте Бейтсона, направленном на изучение патологических моделей поведения (*Watzlawick, 1978*). Упомянутые методики более тесно связаны с парадоксальными терапевтическими техниками, чем со стандартной когнитивной или поведенческой терапией. Кроме того, ритм терапии включал быстрые изменения вербального стиля: от теплого принятия и эмпатического отражения, близкого клиент-центрированной терапии, до прямолинейных, жестких, конфронтационных комментариев. Движение и расчет времени, очевидно, настолько же важны, как контекст и методика.

Хотя мы с одной из моих коллег впоследствии установили взаимосвязь между ДПТ и парадоксальными терапевтическими техниками (*Shearing & Linehan, 1989*), при первоначальном изложении новой системы лечения мне не хотелось их связывать между собой – я боялась, что неопытные терапевты могут неправильно (слишком обобщенно) истолковать смысл термина «парадоксальный» и сузить трактовку суицидального поведения как такового. Это не применяется и не применялось в ДПТ. Однако мне нужно было определенным образом назвать свою терапевтическую систему. Очевидно, это не была просто стандартная когнитивно-поведенческая терапия. В то время акцент когнитивной терапии на рациональности как критерии здравомыслия казался несовместимым с моим вниманием к интуитивному и иррациональному, равно как и к здравому и эффективному. Я также все больше убеждалась в том, что проблемы пациентов с ПРЛ не были результатом прежде всего когнитивных искажений в них самих и в их окружении; хотя эти искажения, по-видимому, играли важную роль в сохранении проблем после того, как они образовались. Направленность моей терапии на принятие болезненных эмоциональных состояний и проблемных событий в окружении очевидно отличалась от обычного когнитивно-поведенческого подхода, состоящего в попытках изменения или модификации болезненных эмоциональных состояний либо воздействия на окружение с целью его изменения.

Я начала думать о термине «диалектический» как таком, который описывает новую терапевтическую систему, благодаря своему интуитивному опыту, появившемуся в результате лечения испытывающих сильные страдания, хронически суицидальных пациентов. Этот опыт лучше всего можно объяснить с помощью образного сравнения. Представьте, что пациент и я сидим на разных концах качелей. Терапия – это когда мы раскачиваемся на качелях, вверх-вниз. Каждый из нас скользит то вперед, то назад, пытаясь найти точку равновесия, – тогда мы вместе сможем добраться до середины и перейти на «высший уровень». Высший уровень символизирует личностный рост и развитие, он представляет собой синтез предыдущего уровня. Затем все начинается заново. Мы оказываемся на новых качелях, пытаясь обрести равновесие и добраться до середины доски, чтобы достичь следующего уровня, и т. д. Во время этого процесса, по мере того как пациент постоянно скользит то вперед, то назад, я тоже двигаюсь, пытаясь сохранить равновесие.

Трудность терапии суицидальных пациентов с ПРЛ состоит в том, что, образно выражаясь, мы сидим не на детских качелях, а на бамбуковом шесте, который балансирует на канате, натянутом над Большим каньоном Колорадо. Поэтому если пациент отодвигается назад, я тоже двигаюсь назад, чтобы сохранить равновесие, а если затем пациент снова отодвигается назад, чтобы удержать равновесие, то мы в конце концов можем свалиться в пропасть (шест когда-нибудь закончится). Поэтому моя задача как терапевта, очевидно, не только сохранять равновесие, но и действовать при этом так, чтобы мы оба двигались не от середины к краям, а наоборот, от краев к середине. Очень быстрое движение и ответные движения терапевта представляют собой, по-видимому, главную составляющую лечения.

Напряжение, которое я испытала во время проведения терапии, необходимость двигаться для поддержания равновесия или осуществления синтеза и терапевтические стратегии, близ-

кие к парадоксальным техникам, которые казались необходимым дополнением к стандартным поведенческим техникам, – все это привело меня к изучению диалектической философии как возможной базисной теории или мировоззрения [1]. В терминах диалектики концы качелей представляют собой противоположности («тезис» и «антитезис»); движение к середине доски и переход на следующий уровень символизируют «синтез» противоположностей, который сразу же вновь распадается на противоположности. Этим терапевтическим отношениям между противоположностями, переданным термином «диалектический», постоянно уделяется внимание еще со времен З. Фрейда (*Seltzer, 1986*).

Каким бы случайным ни был первоначальный выбор названия, ориентация на диалектическую парадигму впоследствии оказала гораздо более масштабное влияние на развитие новой терапии, чем это было бы возможно за счет одного лишь жонглирования парадоксальными техниками. Таким образом, моя терапевтическая система обрела нынешнюю форму в результате взаимодействия терапевтического процесса и диалектической теории. Со временем термин «диалектический» в приложении к поведенческой терапии стал означать два контекста употребления: один относится к основополагающим качествам действительности, другой – к убеждающему диалогу и отношениям. В качестве мировоззрения или философской парадигмы диалектика образует основу терапевтического подхода, представленного в этой книге. Альтернативное значение термина «диалектический» как формы диалога и отношений связано с терапевтической системой или применяемыми клиницистом методиками, цель которых – добиться изменений. Таким образом, костяк ДПТ составляют определенные терапевтические диалектические стратегии (подробнее о них – в главе 8).

Диалектическое мировоззрение

Диалектический взгляд на природу действительности и человеческое поведение характеризуется тремя основными особенностями.

Принцип взаимосвязанности и целостности

Во-первых, диалектика делает акцент на взаимосвязанности и целостности. Она предполагает системный взгляд на действительность. Анализ частей системы не имеет значения, если только он не учитывает отношения части к целому. Таким образом, все на свете относительно, границы между частями имеют временный характер и существуют лишь по отношению к целому; фактически именно целое определяет эти границы. Эту мысль удачно выражают Р. Левинс и Р. Левонтин.

> Части и целое развиваются в результате взаимоотношений, и сами взаимоотношения развиваются. Это те свойства вещей, которые мы называем диалектическими: одна вещь не может существовать без другой, одна вещь приобретает свои свойства во взаимоотношениях с другой, свойства обеих развиваются в результате их интерпретации. (*Levins & Lewontin, 1985, p. 3*).

Эта холистическая точка зрения совместима как с феминистическими, так и контекстуальными взглядами на психопатологию. Такой взгляд в приложении к терапии ПРЛ заставил меня усомниться в важности изоляции, дифференциации, индивидуации и автономии, которым придается такое большое значение в культурной мысли Запада. Понятие об индивидуальном как унитарном и изолированном постепенно формировалось в течение последних нескольких столетий (*Baumeister, 1978; Sampson, 1988*). Поскольку женщинам диагноз «пограничное расстройство личности» ставят гораздо чаще, чем мужчинам, воздействие фактора пола на представление о собственном «Я» и адекватных межличностных границах представляет особый интерес в свете наших размышлений о ПРЛ.

И пол, и социальное положение в значительной степени определяют особенности восприятия и определения индивидом своего «Я». Женщины, подобно другим индивидам с ограниченными социальными возможностями, более склонны иметь социальное «Я» (включающее группу), противопоставляемое индивидуальному «Я» (исключающему группу) (*McGuire & McGuire, 1982; Pratt, Pancer, Hunsberger, & Manchester, 1990*). Важность социального «Я» для женщин освещалась многими феминистическими авторами (например, К. Гиллиган (*Gilligan, 1982*)). Вероятно, феминистическая позиция наиболее убедительно представлена у М. Лайкс, где «Я» – это ансамбль социальных отношений» (*Lykes, 1985, p. 364*). Очень важно заметить, что Лайкс и другие говорят не просто о значении взаимозависимости автономных «Я». Они скорее описывают социальное «Я», которое выступает «взаимодействующей сетью отношений, включенных в сложную систему социальных обменов и обязательств» (*ibid., p. 362*). Если «Я» определяется как социальное, по определению включающее другие, полностью изолированного «Я» просто не существует – т. е. нет «Я», отделенного от целого. Такое социальное «Я» или, словами Э. Сампсона, «совокупный индивидуализм» характеризует большинство сообществ как в историческом, так и в кросс-культурном плане (*Sampson, 1988*).

Внимание к этим контекстуальным факторам особенно важно, если такой культурный конструкт, как «Я», применяется для объяснения и описания другого культурного конструкта – такого, например, как «психическое здоровье». В то время как традиционное определение «Я» в целом может быть применимо для некоторых индивидов в западном обществе, следует иметь в виду, что наши дефиниции и теории не универсальны, а являются продуктом западной мысли, поэтому могут оказаться неадекватными для многих других индивидов. Как Хайди Херд и я писали в нашей книге (*Heard & Linehan, 1993*) и как я буду говорить в этой и следующей главах, проблемы, с которыми сталкиваются индивиды с ПРЛ, отчасти могут быть результатом столкновения социального «Я» с обществом, которое признает и вознаграждает исключительно индивидуальное «Я».

Принцип полярности

Во-вторых, реальность не статична, она составлена из внутренних противодействующих сил («тезис» и «антитезис»), из интеграции которых («синтез») развивается новый набор противодействующих сил. Хотя диалектика делает акцент на целом, она также подчеркивает сложность целого. Поэтому внутри каждого объекта или системы, независимо от размера, существует полярность. В физике, например, как бы ученые ни старались найти элементарную частицу, которая служит основой всего сущего, она в конце концов оказывается сложной. В атоме имеются отрицательный и положительный заряды; на каждое действие есть противодействие, и даже мельчайшие частицы материи уравновешены античастицами.

Очень важная диалектическая идея состоит в том, что всякое утверждение содержит в себе противоположное суждение. Приведу слова К. Голдберга.

> Я полагаю, что истина парадоксальна, что каждая частица истины содержит в себе противоречия, что истины находятся рядом. Противоречивые истины не обязательно исключают друг друга или доминируют друг над другом, а располагаются бок о бок, призывая к участию и экспериментированию (*Goldberg, 1980, pp. 295–296*).

Если вы воспримете эту идею серьезно, она может оказать довольно глубокое влияние на вашу клиническую практику. Например, в большинстве описаний ПРЛ подчеркивается патология, которая делает индивида не таким, как другие люди. Последующая терапия рассчитывается таким образом, чтобы локализовать патологию и создать условия для изменений. Диалектический же подход предполагает, что в дисфункциональном тоже есть функциональность, что искажение содержит правильность, что в разрушении можно обнаружить созидание. Именно

переворачивание идеи («противоречия в истине» превратилось в «истина в противоречиях») привело меня к некоторым важным решениям относительно формы ДПТ. Вместо того чтобы искать смысл нынешнего патологического поведения пациентов в прошлом, я начала искать и отыскивать его в настоящем. Таким образом, упомянутая идея помогла мне обрести нечто большее, чем просто эмпатическое отношение к пациентам. Сейчас ключевой составляющей ДПТ является концепция валидации. Та же идея подвела меня к конструкту «мудрого разума» – средоточию внутренней мудрости пациентов. ДПТ предполагает, что каждый индивид способен принимать мудрые решения относительно своей жизни, хотя эта способность не всегда очевидна или доступна. Поэтому терапевт, практикующий ДПТ, принимает на веру, что пациент располагает внутренним потенциалом, необходимым для изменений. Составляющие, имеющие существенное значение для личностного роста, уже присутствуют в данной ситуации. Желудь есть дерево. Воспринятая моей исследовательской группой, эта идея выразилась в ориентации на поиск той ценности, которой обладает точка зрения каждого человека, вместо отстаивания ценности собственной позиции.

Тезис, антитезис, синтез: принцип непрерывного изменения

Наконец, взаимосвязанная, противоречивая и неупростимая природа действительности в процессе изменения постоянно приводит к целостности. Именно напряжение между тезисом и антитезисом, противодействующими силами в каждой системе (положительным и отрицательным, хорошим и плохим, детьми и родителями, пациентом и терапевтом, личностью и окружением, и т. п.), приводит к изменениям. Однако новое состояние, которое следует за изменением (синтез), тоже составлено из разнонаправленных сил, поэтому изменения никогда не прекращаются. Очень важно постоянно помнить этот принцип диалектических изменений, несмотря на то что я буду довольно редко употреблять диалектические термины («тезис», «антитезис», «синтез»).

Следовательно, именно изменения (или, если хотите, «процесс»), а не структура или содержание, составляют сущность жизни. Роберт Кеган воплотил эту точку зрения в своем описании «Я» как процесса трансформации на протяжении жизни, генерированного противоречиями между стремлениями к самосохранению и самопреобразованию в личности, с одной стороны, и в системе «личность – окружение» – с другой, прерываемого временным примирением противоречий, или равновесием в развитии. Р. Кеган пишет следующее.

> Поскольку нам нужно понять, как личность созидает мир, мы также должны понять, как мир созидает личность. Анализируя позицию личности, находящейся в состоянии равновесия в развитии, мы видим не только образование нового смысла; мы видим также возможность утраты ею обретенного равновесия. В любом равновесии мы видим новый смысл конечного состояния, к которому все в конце концов идет. Мы видим в каждом новом состоянии равновесия новую точку уязвимости. Каждое состояние равновесия показывает, как организована личность, но также показывает и новую возможность утраты этой организации (*Kegan, 1982, p. 114*).

Диалектическая точка зрения перекликается с психодинамическим подходом, который подчеркивает неотъемлемую роль конфликта и противодействия в росте и изменении. Она также схожа с бихевиористическим подходом, который подчеркивает своеобразное единство окружения и индивида и взаимосвязь каждой из этих составляющих при генерировании изменений. Диалектика как теория изменения несколько отличается от понятия развития как самоактуализации, принятого в клиент-центрированной терапии. С этой точки зрения, каждая сущность обладает потенциалом, который будет естественно раскрываться на протяжении ее существования. «Раскрытие» не предполагает того напряжения, которое характерно для диа-

лектического роста. Именно это напряжение производит постепенное изменение, прерываемое внезапными резкими смещениями и сдвигами.

Проводя ДПТ, терапевт направляет изменения в пациенте, в то же время осознавая, что эти изменения трансформируют также терапию и самого терапевта. Поэтому в самой терапии присутствует постоянное диалектическое напряжение между процессом изменения и результатом изменения. В каждый момент времени существует временное равновесие между попытками пациента остаться таким, как есть, без изменений, и попытками изменить себя, невзирая на сдерживающие факторы своей истории и нынешней ситуации. Переход к каждому временному состоянию стабильности часто переживается пациентом как болезненный кризис. «Всякое действительное разрешение кризиса может в конце концов подразумевать новый способ существования в мире. Однако противодействие ему весьма значительно, и оно не произойдет без участия многократных и разнообразных ситуаций обычной жизни» (*ibid., p. 41*). Терапевт помогает пациенту разрешить кризис, одновременно поддерживая его попытки как самосохранения, так и самопреобразования. Контроль и руководство со стороны терапевта способствуют росту самоконтроля пациента и его самоорганизации. Забота терапевта о пациенте тесно связана с обучением пациента заботе о себе.

Диалектическое убеждение

С точки зрения диалога и отношений, «диалектика» означает изменение через убеждение и посредством использования противоречий, заложенных в терапевтических отношениях, а не формальной безликой логики. Поэтому диалектика, в отличие от аналитического мышления, личностна, она воздействует на личность в целом. Это подход, подразумевающий вовлечение человека в диалог с целью обеспечить движение. Через терапевтическое противоречие противодействующих позиций и пациент, и терапевт могут найти новый смысл в старом смысле, приближаясь, таким образом, к сути того или иного явления.

Как уже упоминалось, синтез в диалектике содержит элементы и тезиса, и антитезиса, поэтому ни одна из предыдущих позиций не может считаться «абсолютно истинной». Однако синтез всегда предполагает новый антитезис, действуя, таким образом, в качестве нового тезиса. Поэтому истина не является ни абсолютной, ни относительной; скорее, истина развивается, эволюционирует, конструируется во времени. С диалектической точки зрения, ничто не самоочевидно и ничто не изолировано от всего остального как безотносительная сущность. Смысл диалектического подхода состоит в том, чтобы никогда не принимать что-либо как окончательную истину или неоспоримый факт. Таким образом, вопрос, которым задаются и пациент, и терапевт, звучит следующим образом: «Что осталось вне нашего понимания?»

Я не имею в виду, что всякое противоречивое утверждение, например «Сейчас идет дождь и не идет дождь», будет диалектическим. Я также не говорю, что утверждение не может быть ложным или не соответствовать действительности в определенном контексте. Ложная дихотомия и ложная диалектика вполне возможны. Однако в этом случае имеет место ошибочное определение, что исключает подлинный антагонизм.

Диалектический диалог также имеет большое значение для взаимодействия терапевтического коллектива. Возможно, учет диалектических принципов может минимизировать расхождения во мнениях по поводу терапии пограничных пациентов эффективнее, чем какие-либо другие факторы. Расхождения между членами терапевтического коллектива почти во всех случаях вытекают из убеждения одного или нескольких терапевтов в том, что именно они (или только они) понимают суть определенной клинической проблемы.

Пограничное расстройство личности как диалектический сбой

В определенном смысле пограничное поведение может рассматриваться как результат диалектического сбоя.

Пограничное «расщепление»

Как уже говорилось в главе 1, пограничные и суицидальные пациенты часто мечутся между устойчивыми, но противоречивыми позициями, не будучи способными к их синтезу. Они имеют тенденцию рассматривать мир через поляризованные категории «или/или», а не «и – и», и использовать жесткую систему координат. Например, довольно обычное явление для таких индивидов – верить в то, что малейший недостаток или ошибка человека исключают возможность того, что в целом он «хороший». Жесткий когнитивный стиль таких индивидов ограничивает их способность ожидать грядущее изменение и развитие, в результате у них возникает ощущение пребывания в болезненной ситуации, которая не имеет конца. Однажды определившись, положение вещей не может измениться. Например, если человек терпит неудачу, он навсегда остается неудачником.

Подобное мышление среди индивидов с ПРЛ в психоанализе получило название «расщепления»; это понятие стало важным компонентом психоаналитической теории ПРЛ (*Kernberg, 1984*). Дихотомическое мышление, или расщепление, может рассматриваться как тенденция привязываться либо к тезису, либо к антитезис у, отсюда вытекает неспособность к синтезу. Неспособность поверить в то, что и одно утверждение (например, «Я хочу жить»), и противоположное ему (например, «Я хочу умереть») могут одновременно быть истинными, характерна для суицидальных и пограничных пациентов. Расщепление, с точки зрения психодинамического подхода, представляет собой продукт неразрешимого конфликта между интенсивными отрицательными и положительными эмоциями.

Однако с диалектической точки зрения сохраняющийся конфликт представляет собой диалектический сбой. Вместо синтеза и устранения противоречий в характерном для ПРЛ конфликте имеет место противодействие прочно укоренившихся, но несовместимых позиций, желаний, мнений и т. д. Разрешение конфликта требует, во-первых, осознания этих противоположностей, затем способности подняться над ними, так сказать, видя явно парадоксальную природу обеих полюсов вместе и ни одного из них в отдельности. На уровне синтеза и интеграции, которые имеют место при преодолении полярности, кажущийся парадокс разрешается сам собой.

Трудности «Я» и идентичности

Индивиды с ПРЛ часто не могут определиться с собственной идентичностью и имеют тенденцию к поиску в своем окружении ориентиров, которые подскажут им, какими быть, что чувствовать и думать. Дезориентация может возникать вследствие неспособности чувствовать свою взаимосвязь с другими людьми, а также взаимосвязь данного момента с другими моментами времени. Такие индивиды, образно выражаясь, всегда находятся на краю пропасти. Без этих относительных «знаний» идентичность определяется относительно каждого отдельного момента в настоящем и изолированной ситуации взаимодействия; поэтому идентичность теряет стабильность и становится изменчивой и непредсказуемой. Кроме того, отсутствие связи с другими моментами времени не позволяет определять ими текущий момент. Для пациента с ПРЛ гнев со стороны собеседника в контексте определенной ситуации взаимодействия не смягчается ни другими отношениями (где он не выступает объектом отрицательных эмоций), ни другими моментами времени (когда окружающие не выражают гнева по отношению к нему). «На меня сердятся» становится бесконечной реальностью. Часть становится целым. Некоторые другие ученые указывали на важную роль памяти на аффективные события (*Lumsden, 1991*), особенно межличностные (*Adler, 1985*), в развитии и сохранении погранич-

ного расстройства личности. Марк Уильямс (*Williams, 1991*) выдвинул подобный аргумент по отношению к сбоям автобиографической памяти. Очевидно, что приоритетные события и взаимосвязи должны быть доступны для памяти, чтобы интегрироваться с актуальной ситуацией и текущим моментом времени и выполнять смягчающую функцию.

Межличностная изоляция и отчуждение

Диалектическое понятие о единстве предполагает, что индивиды не изолированы от окружения. Изоляция, отчужденность, ощущение потери контакта с окружающими – все характерные чувства индивидов с ПРЛ – представляют собой диалектические сбои, происходящие в результате установления индивидом противопоставления «Я – другой». Подобное противопоставление может иметь место даже при нарушениях самоидентичности. Зачастую индивиды с ПРЛ пытаются обрести ощущение единства и интеграции через подавление и/или неразвитие собственной идентичности (убеждений, предпочтений, желаний, установок, отдельных навыков и т. п.), а не посредством диалектической стратегии синтеза и преодоления противоречий. Индивиды с ПРЛ не могут примириться с парадоксом, состоящим в том, что человек может быть частью целого и при этом отличаться от других. Противоречие между личностью (часть) и окружением (целое) не может быть преодолено.

Концептуализация отдельных клинических случаев: диалектический когнитивно-поведенческий подход

Концептуализация отдельных клинических случаев в ДПТ обусловлена как диалектическими принципами, так и положениями когнитивно-поведенческого подхода. В этом разделе я представлю обзор нескольких характеристик когнитивно-поведенческого подхода, которые имеют важное значение для ДПТ; я также расскажу о том, чем диалектический когнитивно-поведенческий подход отличается от традиционных когнитивных, поведенческих и биологических теорий. Более специфические теоретические положения будут рассматриваться параллельно с соответствующими стратегиями терапевтического вмешательства в ДПТ.

Определение «поведения»

Термин «поведение» в когнитивно-поведенческой парадигме имеет очень широкое значение. Сюда относится любая деятельность, функционирование или реакция человека – т. е. «все, чем занимается организм, включая деятельность и реакцию на раздражение» (*Merriam-Webster Dictionary, 1977, p. 100*). Физики употребляют этот термин в подобном смысле, описывая поведение молекулы; точно так же ученые говорят о поведении системы. Человеческое поведение может быть внешним, явным (т. е. публичным, поддающимся наблюдению окружающих) или скрытым (т. е. непубличным, поддающимся наблюдению только самого субъекта). Скрытое поведение в свою очередь может осуществляться внутри человеческого тела (например, спазмы мышц желудка) или вне тела, оставаясь при этом скрытым от других людей (например, когда индивид пребывает в одиночестве)[2].

Три модальности поведения

Современные когнитивно-поведенческие терапевты обычно относят поведение к одному из трех видов: моторному, когнитивно-вербальному и физиологическому. То, что большинство людей привыкли называть поведением, составляет моторное поведение; сюда относятся явные и скрытые действия и движения скелетно-мышечной системы. Когнитивно-вербальное поведение включает такие виды деятельности, как мышление, решение проблем, восприятие,

представление, речь, письмо и общение с помощью жестов, а также поведение наблюдения (например, внимание, ориентирование, припоминание и обозревание). Физиологическое поведение включает деятельность нервной системы, желез и гладких мышц. Хотя физиологическое поведение обычно носит скрытый характер (например, сердцебиение), оно может быть и явным (например, плач, нервный румянец).

Здесь нужно отметить несколько моментов. Во-первых, разделение поведения на категории или модальности по сути своей произвольно и служит для удобства внешнего наблюдателя. Функционирование человека непрерывно, и каждая реакция подразумевает деятельность всей системы. Даже частично автономные поведенческие подсистемы имеют общие нейронные цепи и взаимосвязанные проводящие пути. Однако между поведенческими системами, которые в природе не изолированы, часто проводятся понятийные границы, поскольку такое разделение в какой-то мере помогает нам анализировать соответствующий процесс.

Эмоции как полносистемные реакции

Эмоции с точки зрения современной науки представляют собой интегрированные реакции всей системы. В целом форма интеграции определяется автоматически благодаря либо жестким биологическим схемам (базовые эмоции), либо повторяющемуся опыту (выученные эмоции). Эмоция, как правило, включает несколько разновидностей поведения всех трех категорий. Так, ученые рассматривают эмоции как соединение феноменологического опыта (когнитивная система), биохимических изменений (физиологическая система), а также экспрессивных и двигательных наклонностей (физиологическая и моторная системы). Сложные, комплексные эмоции могут также включать один или больше видов оценочной деятельности (когнитивная система). В свою очередь эмоции, как правило, оказывают значительное воздействие на последующее когнитивно-вербальное, физиологическое и моторное поведение. Поэтому эмоции не только являются полносистемными поведенческими реакциями, но и сами влияют на всю систему. Комплексная, системная природа эмоций сводит на нет возможность обнаружения какого-либо уникального предвестника эмоциональной дисрегуляции как в целом, так и в отношении ПРЛ. В Рим ведет множество дорог.

Равноправие модальностей поведения как причин функционирования

В отличие от биологической психиатрии и когнитивной психологии моя позиция состоит в том, что по своей сути ни одна из модальностей поведения не доминирует как причина функционирования человека. Таким образом, в отличие от когнитивных теорий (напр., *Beck, 1976; Beck at al., 1973, 1990*) ДПТ не рассматривает поведенческую дисфункцию, в том числе эмоциональную дисрегуляцию, как результат непременно дисфункционального когнитивного процесса. Это вовсе не означает, что при некоторых условиях когнитивная деятельность не влияет на моторное и физиологическое поведение; многочисленные данные свидетельствуют как раз об обратном. Например, очень созвучны теме этой книги подтвержденные исследовательские данные Аарона Бека и его коллег (*Beck, Brown, & Steer, 1989; Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985*) о том, что на основе пессимистичных ожиданий по отношению к будущему можно прогнозировать последующее суицидальное поведение. Более того, в отличие от биологической психологии и психиатрии нейрофизиологические дисфункции в ДПТ не рассматриваются в качестве основных факторов, влияющих на поведение. Поэтому, с моей точки зрения, хотя отношения «поведение – поведение» или «система реагирования – система реагирования» и каузальные связи важны для функционирования человека, они не могут считаться более важными, чем другие связи. Самый актуальный вопрос, таким образом, обретает следующую формулировку: при каких условиях определенное поведение или модель поведения имеет место

и оказывает влияние на другое поведение или его модель (*Hayes, Kohlenberg, & Melancon, 1989*)? Однако, по большому счету, диалектический подход не предполагает поиска простых причинно-следственных моделей поведенческого влияния. Главный вопрос, скорее, будет приближаться к формулировке, которую предложили П. Маникас и П. Секорд (*Manicas & Secord, 1983*): какова природа данного организма или процесса при доминирующих обстоятельствах? С этой точки зрения, события – включая поведенческие события – всегда будут результатом сложных причинных соотношений одного или многих уровней.

Система «индивид – среда»: транзактная модель

В научной литературе предлагается несколько этиологических моделей психопатологии. Самые современные теории основаны на разных версиях интерактивной модели, с точки зрения которой характеристики индивида взаимодействуют с характеристиками окружения, что дает определенный результат – в данном случае психологическое расстройство. Самая общая и распространенная концепция взаимодействия – «диатез-стрессовая модель». Данная модель предполагает, что психологическое расстройство представляет собой результат специфической предрасположенности к определенной болезни – диатеза, проявляющегося в условиях общего или специфического «средового» стресса. Термин «диатез» обычно относится к конституциональной или биологической предрасположенности, однако более современное его значение включает любые индивидуальные характеристики, которые повышают вероятность развития того или иного расстройства у индивида. При определенной интенсивности стресса (т. е. отрицательного или неприятного «средового» раздражителя) у индивида развивается диатез-обусловленное расстройство. Индивид не может справиться с таким стрессом, что ведет к нарушению поведенческого функционирования.

В отличие от упомянутой выше концепции, диалектическая или транзактная модель предполагает, что функционирование индивида и условия окружения характеризуются постоянными интерактивностью, реципрокностью и взаимозависимостью. В рамках теории социального научения это соответствует принципу взаимного детерминизма: окружение и индивид приспосабливаются друг к другу и влияют друг на друга. Хотя индивид и испытывает на себе неизбежное влияние окружения, но и окружение подвергается воздействию индивида. Различение индивидуального человека и его окружения удобно с точки зрения образования понятий, однако в реальности их нельзя разделять. «Индивид – окружение» – это целостная система, определяющая свои составляющие и определяемая ими. Поскольку влияние взаимно, оно носит скорее транзактный, чем интерактивный характер.

С. Чесс и А. Томас (*Chess & Thomas, 1986*) много писали об этой модели реципрокного влияния в связи с проблемой воздействия различных характеристик темперамента детей на их семейное окружение и наоборот. Предложенное этими учеными понятие «недостаточного соответствия» как важного фактора этиологии психологической дисфункции во многом повлияло на мою теорию (подробнее об этом – ниже в данной главе).

Кроме акцента на реципрокном влиянии, транзактный подход также подчеркивает постоянную пластичность и изменчивость системы «индивид – окружение». А. Томас и С. Чесс (*Thomas & Chess, 1985*) назвали такую модель «гомеодинамической» в отличие от интерактивных моделей, представляющих конечное состояние индивида и окружения как разновидность «гомеостатического» равновесия.

Гомеодинамическая модель тоже имеет диалектическую сущность. Ученые приводят цитату из А. Самероффа (*Sameroff, 1975, p. 290*), который очень хорошо передает эту идею.

> [Интерактивная модель] не подходит для того, чтобы прояснить наше понимание актуальных механизмов, которые ведут к последующим результатам. Основная причина неадекватности данной модели в том, что ни

> конституция, ни окружение не обязательно постоянны во времени. Каждую секунду, каждый месяц или год характеристики как ребенка, так и окружения, в котором он находится, претерпевают серьезные изменения. Более того, эти различия взаимозависимы и меняются как результат их обоюдного влияния друг на друга.

Т. Миллон (*Millon, 1987a*) выразил в основном ту же мысль, рассуждая об этиологии ПРЛ и тщетности попыток локализовать «причину» расстройства в виде определенного единичного события или временно́го периода.

Транзактный подход акцентирует несколько моментов, которые легко проглядеть в рамках диатез-стрессовой модели. Например, окружающие люди могут действовать таким образом, который вызовет у индивида стресс, только потому, что само окружение испытало стресс, которому подверг его данный индивид. Примером такого индивида может быть ребенок, болезнь которого требует значительных затрат финансовых ресурсов семьи, или пациент психиатрической клиники, который в ущерб другим больным требует постоянного внимания лечащего персонала ввиду своих суицидальных наклонностей. И в первом, и во втором случаях окружение функционирует с повышенной нагрузкой, что затрудняет возможность должной реакции на дальнейший стресс. Окружающие люди могут пренебречь индивидом или временно обвинить его, если к системе будут предъявляться дополнительные требования, повышающие нагрузку. Хотя система (например, семья ребенка) и сама по себе может быть предрасположена к дисфункциональной реакции, таковой можно избежать, если система не будет подвергаться стрессу со стороны данного индивида.

Транзактная модель не предполагает обязательно равной интенсивности влияния с обеих сторон. Например, некоторые генетические факторы могут быть достаточно мощными, чтобы нейтрализовать благоприятное или даже терапевтическое влияние окружения. Современные исследования свидетельствуют о значительно более мощном влиянии генетического наследия даже на нормальные характеристики взрослого человека, чем это предполагалось ранее (*Scarr & McCartney, 1983; Tellegen et al., 1988*). Мы не можем сбрасывать со счетов и ситуации, воздействующие на поведение большинства индивидов, которые в них попадают, независимо от существенных стойких различий между ними (*Milgram, 1963, 1964*). Любой человек, какой бы высокой ни была его устойчивость к неблагоприятным средовым факторам, пострадает, если подвергнется, например, неоднократному сексуальному или физическому насилию.

Графическое представление системы «окружение – личность»

Графически система «окружение – личность» представлена на рис. 2.1. Я разработала эту модель несколько лет назад, чтобы систематизировать данные о суицидальном и парасуицидальном поведении. Слева расположен четырехугольник, символизирующий подсистему окружения. Хотя на этой схеме окружение представлено в виде четырехугольника, это сделано исключительно для того, чтобы отразить теоретические аспекты, относящиеся к суицидальному поведению. В зависимости от определенных средовых факторов, которые считаются важными для события или поведенческого паттерна, можно представить такое количество аспектов окружения, которое соответствует определенной теории.

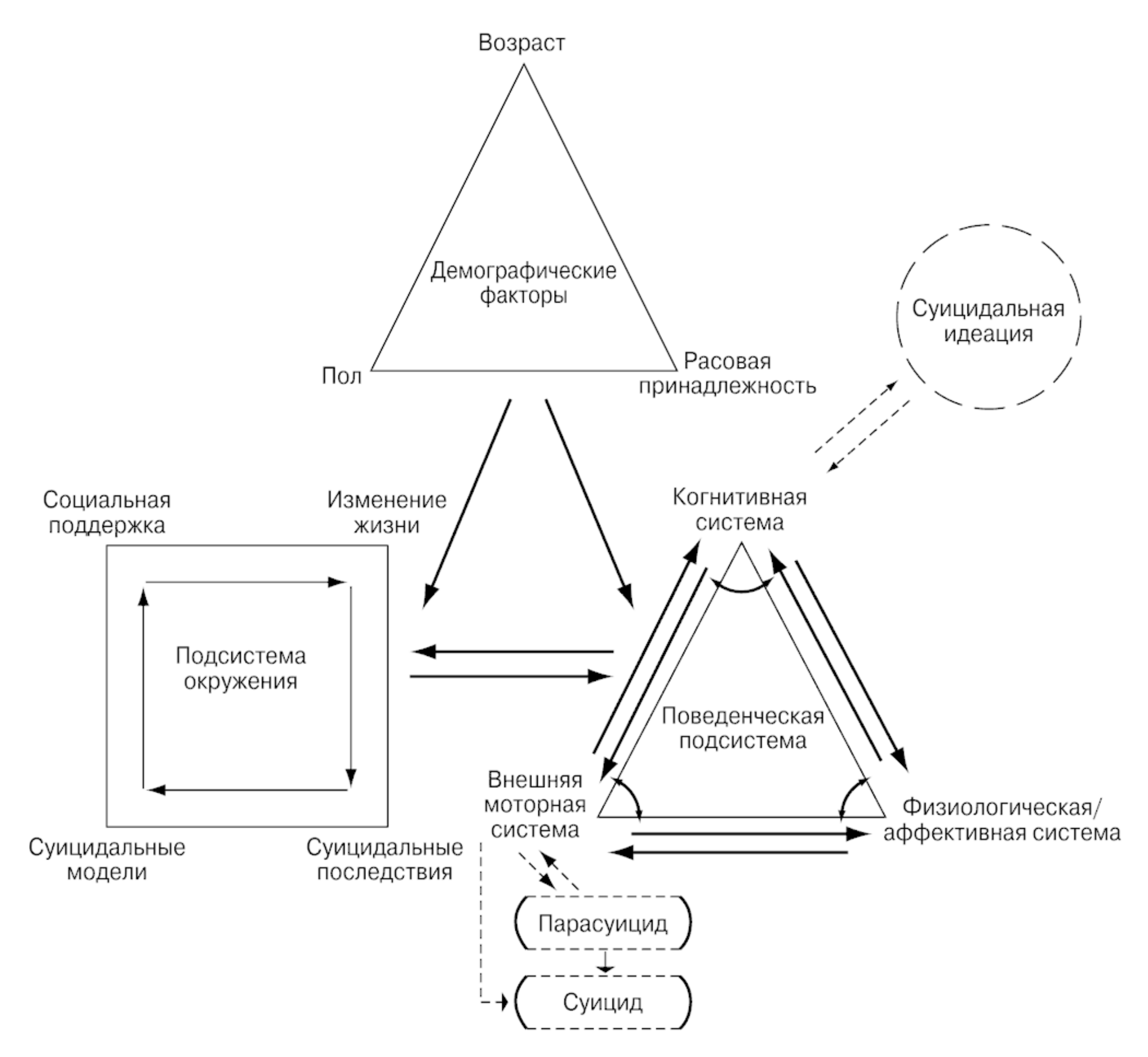


Рис. 2.1. Социально-поведенческая модель суицидального поведения: система «окружение – личность». Из: *Linehan, 1981, p. 252. © 1981 by Garland Publishing, New York*. Перепечатано с разрешения

Человек на схеме включает в себя две отдельные подсистемы. Поведенческая подсистема изображена в виде треугольника, каждый из углов которого представляет одну из описанных выше модальностей поведения. Дугообразные обоюдонаправленные стрелки в каждом углу треугольника означают, что реакции в рамках каждого вида поведения саморегулирующиеся. Это проявляется в том, что изменения в одной реакции вызывают изменения в другой. Интересно, что хотя данный аспект поведения хорошо изучен относительно физиологических реакций, саморегуляции моторно-поведенческих или когнитивно-вербальных реакций уделяли относительно мало внимания.

Другой треугольник изображает стабильные, организмические характеристики личности, которые обычно не подвергаются влиянию ни со стороны поведения индивида, ни со стороны его окружения. Эти стабильные характеристики могут, в свою очередь, оказывать существенное влияние как на окружение, так и на поведение индивида. В представленной здесь модели вершины треугольника символизируют пол, расовую принадлежность и возраст. Как и в случае с представлением окружения в виде четырехугольника, выбор треугольника достаточно условен и определяется концептуальным удобством. Пол, раса и возраст имеют важное отношение к суицидальному поведению. Представление других расстройств будет включать иной набор переменных. Например, при изучении шизофрении может потребоваться переменная наследственности.

Биосоциальная теория: диалектическая теория развития пограничного расстройства личности

Обзор

ДПТ основана на биосоциальной теории функционирования личности. Основная посылка заключается в том, что ПРЛ – это прежде всего дисфункция системы эмоциональной регуляции; она возникает в результате биологических нарушений в сочетании с определенными видами дисфункционального окружения, а также в результате их взаимодействия и взаимного наложения с течением времени. Характеристики, ассоциирующиеся с ПРЛ (подробнее об этом – в главе 1, особенно в табл. 1.2 и 1.5), представляют собой следствие основополагающей эмоциональной дисрегуляции (и, таким образом, вторичны по отношению к ней). Более того, эти же модели выступают причиной последующей дисрегуляции. Инвалидирующее[17] окружение способствует развитию у ребенка эмоциональной дисрегуляции; такое окружение не может обучить ребенка, как определять и регулировать свое эмоциональное возбуждение, как переносить эмоциональный дистресс и когда доверять собственным эмоциональным реакциям как отражению правильной интерпретации событий.

В зрелом возрасте индивиды с ПРЛ приобретают характеристики своего инвалидирующего окружения. Таким образом, они склонны недооценивать собственные эмоциональные переживания, обращаться к переживаниям других людей как адекватному отражению внешнего мира и чрезмерно преувеличивать легкость решения жизненных проблем. Это преувеличение неизбежно приводит к постановке недостижимых целей, неспособности использовать поощрение за небольшое продвижение к конечным целям вместо наказания и ненависти к себе за недостижение по ставленных целей. Стыд – характерная реакция на неконтролируемые и отрицательные эмоции у индивидов с ПРЛ – естественный результат воздействия социального окружения, которое «стыдит» тех, кто проявляет эмоциональную уязвимость.

Как уже говорилось в главе 1 (в несколько ином контексте), предложенная мной концепция подобна взглядам Дж. Гротштейна и его коллег (*Grotstein et al., 1987*), которые предположили, что пограничное расстройство личности суть расстройство саморегуляции. Под этим имеется в виду, что в основе данного расстройства лежит изначальное нарушение регуляции собственных состояний «Я», таких, например, как возбуждение, внимание, сон, бодрствование, самооценка, аффект и потребности, а также вторичных последствий такого нарушения. Как заметили Дж. Гротштейн и его коллеги, не много концепций ПРЛ интегрировали биологические и психологические факторы, образуя целостную теорию. До сих пор большинство теорий были или последовательно психологическими, или психоаналитическими (напр., *Adler, 1985; Masterson, 1972, 1976; Kernberg, 1975, 1976; Rinsley, 1980a, 1980b; Meissner, 1984*), или же когнитивно-поведенческими (напр., *Beck et al., 1990; Young, 1987; Pretzer, in press*); либо они были порождением биологической психиатрии (напр., *Klein, 1977; Cowdry & Gardner, 1988; Akiskal, 1981, 1983; Wender & Klein, 1981*). Формулировка Дж. Гротштейна (*Grotstein, 1987*) – соединение биологической психиатрии и психоаналитически-ориентированного подхода. Подобную интеграцию предложил и М. Стоун. Он удачно описал трудности, сопряженные с освоением двух широких областей, психологии и биологии, и их интеграцией в единую концепцию ПРЛ, как приближающиеся «по сложности к задаче перевода текста, составленного из арабских слов вперемешку с китайскими» (*Stone, 1987, pp. 253–254*).

---

[17] Инвалидация (от англ. *in* – не, *valid* – действительный, веский) – игнорирование и непризнание окружением эмоциональных реакций индивида. Инвалидация сообщает индивиду о неприемлемости его чувств. – *Примеч. ред.*

Биосоциальная формулировка, представленная мной, основана прежде всего на экспериментальной психологической литературе. Изучая эти работы, я обнаружила множество эмпирических данных по таким разнообразным темам, как личностное и поведенческое функционирование, генетические и психологические основы поведения и личности, темперамента, основы эмоционального функционирования и средовых воздействий на поведение. Тем не менее, за редким исключением (напр., *Costa & McCrae, 1986*), никто не пытался применить эти данные в психологии для понимания расстройств личности. Такое положение вещей объясняется, вероятно, тем, что до нынешнего времени эмпирическим изучением расстройств личности занимались преимущественно психиатры, в то время как эмпирическое изучение поведения как такового (включая его биологические основы) было полем деятельности психологов. Две эти области знания разделяла пропасть, поскольку представители одной дисциплины мало интересовались знаниями, накопленными в другой. Эмпирически обоснованная клиническая психология, которую можно считать естественным мостиком, возникшим между двумя дисциплинами, до сих пор мало внимания уделяла (если вообще уделяла) расстройствам личности.

Пограничное расстройство личности и эмоциональная дисрегуляция

Как я уже упоминала, согласно биосоциальной теории ПРЛ прежде всего представляет собой расстройство системы эмоциональной регуляции. Эмоциональная дисрегуляция в свою очередь объясняется высокой эмоциональной уязвимостью в сочетании с неспособностью регулировать эмоции [4]. Чем больше эмоционально уязвим индивид, тем больше его потребность в эмоциональной регуляции. Вся трагедия в том, что индивиды с ПРЛ эмоционально уязвимы и в то же время не обладают нужными навыками эмоциональной модуляции, а также в том, что эти трудности коренятся в генетической предрасположенности, которая усиливается при определенных переживаниях, связанных с окружением.

Посылка относительно крайней эмоциональной уязвимости соответствует эмпирическим описаниям, разработанным в совершенно разных исследовательских школах как в отношении парасуицидальных индивидов, так и индивидов с ПРЛ. Я провела обзор этих работ в главе 1. В совокупности эмоциональная картина как парасуицидальных, так и пограничных индивидов представляет собой хронически негативный аффективный опыт. Неспособность сдерживания неадаптивных, эмоционально обусловленных действий – это, по определению, составляющая пограничного синдрома. Внимание к аффективной дисрегуляции как аспекту ПРЛ обычно сосредоточено на континууме «депрессия– мания» (напр., *Gunderson & Zanarini, 1989*). Я, наоборот, использую термин «аффект» в более широком значении и предполагаю, что индивиды с ПРЛ испытывают трудности с регуляцией, которые распространяются на несколько систем (если не на все системы). Хотя высока вероятность того, что эмоциональная дисрегуляция наиболее выражена по отношению к отрицательным эмоциям, индивиды с ПРЛ, по всей видимости, испытывают трудности и с регуляцией положительных эмоций и их последствий.

Эмоциональная уязвимость

Характеристики эмоциональной уязвимости включают высокую чувствительность к эмоциональным раздражителям, эмоциональную интенсивность и медленное возвращение к исходному эмоциональному состоянию. «Высокая чувствительность» означает, что индивид реагирует быстро и обладает низким порогом чувствительности, т. е. для вызова эмоциональной реакции не требуется сильного раздражителя. События, которые оставляют равнодушными большинство людей, могут беспокоить эмоционально уязвимого человека. Чувствительный ребенок эмоционально реагирует на малейшую неудовлетворенность или неодобрение. Если это взрослый человек, его может вывести из себя, например, известие о том, что терапевт уезжает за город на выходные, хотя у большинства других пациентов это не вызовет

эмоциональной реакции. Чем чревата эмоциональная уязвимость для терапии? Я думаю, это очевидно. Многие терапевты и родственники больных с ПРЛ знают по опыту, что с этими индивидами приходится обращаться чрезвычайно осторожно, как с неким хрупким предметом, но даже особые меры осторожности не всегда предохраняют от болезненных чувств.

«Эмоциональная интенсивность» означает, что чувства индивидов отличаются чрезвычайной силой, их ощущение мира драматично. Недостаток этой особенности в том, что расставание, например, может вызвать глубокую, болезненную тоску; то, что для другого человека было бы легким недоразумением, будет воспринято индивидами данной категории как крайнее унижение; раздражение может перейти в гнев; из малейшего чувства вины может развиться сильнейший стыд; опасение может вырасти в панику или непреодолимый ужас. Что касается положительной стороны, то такие индивиды могут быть идеалистами, легко влюбляются. Им легче радоваться, они восприимчивы к духовному опыту.

Некоторые исследователи обнаружили, что возрастание эмоционального возбуждения, эмоциональной интенсивности сужает диапазон внимания индивида, поэтому эмоционально значимые раздражители приобретают еще большее значение, им уделяется больше внимания и сил (*Easterbrook, 1959; Bahrick, Fitts, & Rankin, 1952; Bursill, 1958; Callaway & Stone, 1960; Cornsweet, 1969; McNamara & Fisch, 1964*). Чем сильнее возбуждение, чем больше эмоциональная интенсивность, тем более направленным становится внимание. С клинической точки зрения это явление можно рассматривать как характеристику исключительно индивидов с ПРЛ. Однако очень важно помнить о том, что эти тенденции не являются патологическими, они характерны для любого индивида, находящегося в состоянии чрезвычайного эмоционального возбуждения. Малочисленность теорий и исследований, посвященных эмоциям как причине когнитивных процессов (по сравнению с большим количеством теорий о когнитивных процессах как причине эмоций), может быть результатом нашего ви́дения индивидуального поведения как продукта рационального сознания (*Lewis, Wolan-Sullivan, & Michalson, 1984*), свойственного западной мысли.

«Медленное возвращение к исходному эмоциональному состоянию» означает, что чувства характеризуются продолжительностью. Здесь важно отметить, однако, что все эмоции относительно непродолжительны и длятся от нескольких секунд до нескольких минут. Ощущение продолжительности эмоций возникает потому, что эмоциональное возбуждение, или настроение, как правило оказывает глубокое влияние на некоторые когнитивные процессы, которые в свою очередь связаны с активацией и реактивацией эмоциональных состояний. Г. Боуэр и его коллеги (*Bower, 1981; Gilligan & Bower, 1984*), проработав большой объем исследовательских работ, выяснили, что эмоциональные состояния 1) избирательно воздействуют на вспоминание аффективно окрашенного материала, что выражается в явлении сверхпамяти (имеет место в случае, когда эмоциональное состояние при вспоминании соответствует таковому при предшествующем обучении); 2) повышают эффективность обучения материалу, который согласуется с определенным настроением; 3) могут влиять на интерпретации, фантазии, проекции, свободные ассоциации, личностные прогнозы, а также социальные суждения таким образом, который соответствует нынешнему настроению. Эмоции могут, кроме того, дольше сохраняться у индивидов с ПРЛ ввиду большей интенсивности их чувств, о чем говорилось выше. При сильном эмоциональном возбуждении окружение (включая поведение терапевта) может получать избирательное внимание индивида, т. е. индивид реагирует на действия и события сообразно своему нынешнему настроению и пренебрегает другими.

Влияние настроения на когнитивные процессы обосновано с точки зрения теории эмоций как полносистемных реакций. Переживаемая эмоция интегрирует «под себя» всю систему. В некотором смысле удивительно, что эмоции вообще прекращаются, ведь эмоции, однажды активировавшись, включаются снова и снова. Медленный возврат к прежнему эмоциональному состоянию усиливает этот эффект, он также способствует высокой чувствительности к

следующему эмоциональному раздражителю. Эта особенность может иметь важное значение для терапии данной категории пациентов. Индивиды с ПРЛ нередко признаются, что им требуется несколько дней, чтобы восстановиться после психотерапевтического сеанса.

Эмоциональная модуляция

Исследования эмоционального поведения свидетельствуют о том, что эмоциональная регуляция требует двух несколько парадоксальных стратегий. Индивид должен сначала научиться переживать и идентифицировать отдельные эмоции, жестко интегрированные в нейропсихологическую, поведенческо-экспрессивную и сенсорно-чувственную системы. Затем индивид должен научиться ослаблять эмоционально-значимые раздражители, которые либо реактивируют, либо усиливают имеющиеся отрицательные эмоции, или же научиться компенсировать вторичные дисфункциональные эмоциональные реакции. Как только интенсивная эмоция активируется, индивид должен суметь сдержать или помешать активации соответствующих его настроению образов, мыслей, оценок, ожиданий и действий.

Базовые эмоции мимолетны и в целом адаптивны (*Eckman, Friesen, & Ellsworth, 1972; Buck, 1984*). Постоянное сдерживание или прерывание отрицательных эмоций имеет, по-видимому, ряд дисфункциональных последствий. Во-первых, сдерживание может привести к игнорированию ситуации, вызывающей данные эмоции. Индивид, который никогда не испытывает гнев из-за несправедливости, вряд ли сможет запомнить несправедливые ситуации. Индивид может снова и снова попадать в чрезвычайно опасные ситуации, если он не испытывает связанного с опасностью страха. Индивид может испортить отношения с окружающими, если он сдерживает стыд, не позволяя эмоциям корректировать свое асоциальное поведение.

Во-вторых, сдерживание или прерывание отрицательных эмоций способствует эмоциональному избеганию. Если индивид научился вторичной эмоциональной реакции на отрицательные эмоции, сдерживание первичной эмоции лишает шансов на переучивание. Эта парадигма подобна парадигме научения избеганию. Животные, обученные избегать клетки с помощью электрошока, перестанут входить в клетку, даже если отключить электрический ток, а для переучивания они непременно должны снова войти в клетку. Инвалидирующее семейное окружение (его я опишу позже) весьма напоминает электрошоковую терапию. Индивиды с ПРЛ научаются избегать негативных эмоциональных раздражителей; у них развивается боязнь отрицательных эмоций. Однако без негативных переживаний индивид не сможет научиться переносить эмоции и не узнает о том, что выражение отрицательных эмоций не сопровождается наказанием.

В-третьих, нам просто неизвестны долгосрочные последствия сдерживания и прерывания эмоций. Этот вопрос остро нуждается в изучении. Есть некоторые данные, свидетельствующие о том, что эмоциональные переживания и катарсис ведут к менее стрессовым негативным эмоциональным состояниям. Существуют также доказательства того, что эмоциональный катарсис скорее повышает эмоциональность, чем снижает (обзор этих исследований см. в: *Bandura, 1973*). При каких условиях эмоциональное переживание способствует прогрессу терапии, а не мешает ему – важный вопрос, которому до сих пор не уделяли должного внимания.

Джон Готтман и Линн Катц (*Gottman & Katz, 1990*) выделили четыре вида процессов или способностей эмоциональной модуляции. Сюда относятся следующие способности: 1) сдерживания неадекватного поведения, связанного с сильным негативным или позитивным аффектом; 2) саморегуляции физиологического возбуждения, связанного с аффектом; 3) перенаправления внимания в присутствии сильного аффекта; 4) самоорганизации для координированных действий ради достижения внешней, не привязанной к настроению цели.

Принцип изменения, или модулирования, эмоциональных переживаний посредством изменения эмоционально зависимого поведения или сопротивления ему выступает одним из

важнейших принципов, лежащих в основе экспозиционных техник поведенческой терапии. Помимо непосредственного повышения степени эмоциональности, неадекватное, привязанное к настроению поведение обычно ведет к последствиям, которые вызывают другие нежелательные эмоции. Координированные действия, служащие достижению той или иной внешней цели, обеспечивают жизненный прогресс. Таким образом, подобное поведение обладает долгосрочным потенциалом повышения положительных эмоций, снижения стресса и, соответственно, снижения эмоциональной уязвимости. Кроме того, такие действия выступают противоположностью привязанного к настроению поведения. Это один из примеров того, как действия человека могут изменить его эмоциональное состояние. Подробнее об этих принципах говорится в главе 11.

Воздействие на эмоции посредством изменения уровня физиологического возбуждения – принцип, лежащий в основе некоторых терапевтических стратегий изменения эмоций, таких как разновидности релаксационной терапии (включая десенситизацию), применение определенных медикаментов и обучение дыхательным техникам при терапии панических расстройств. Способность модулировать связанное с аффектом психологическое возбуждение означает, что индивид способен не только снизить сильное возбуждение, связанное с некоторыми эмоциями – такими, например, как гнев и страх, – т. е. успокоиться, но и повысить слабое возбуждение, связанное с другими эмоциями – такими, например, как грусть и подавленность (т. е., образно выражаясь, «встряхнуться»). Обычно для этого требуется способность заставить себя произвести действие, даже вопреки настроению. Например, одна из основных техник в когнитивной терапии при лечении депрессии – составление плана действий и его выполнение.

Многие ученые подчеркивали важную роль контролирования внимания как способа регуляции контакта с эмоциональными раздражителями (напр., *Derryberry & Rothbart, 1984, 1988*). Перенос внимания на положительный раздражитель может поддержать или повысить действующее существующее возбуждение и положительные эмоции; перемещение внимания в сторону от отрицательного раздражителя может ослаблять или ограничивать отрицательное возбуждение и отрицательные эмоции. Таким образом, индивиды, способные контролировать направленность внимания и перемещать его – два взаимосвязанных, но разных процесса (*Posner, Walker, Friedrich, & Rafal, 1984*), – имеют преимущество в регуляции своих чувств.

Индивидуальные различия в контроле внимания очевидны еще в раннем возрасте (*Rothbart & Derryberry, 1981*) и проявляются у взрослых в форме устойчивых характеристик темперамента *(Keele & Hawkins, 1982; Derryberry, 1987; McLeod, Mathews, & Tata, 1986*). Этот момент представляет особый интерес в свете данных, свидетельствующих о половых различиях в реакциях внимания под воздействием стресса (*Nolen-Hoeksema, 1987*). Так, было сделано заключение, что у женщин, по крайней мере в состоянии депрессии, наблюдаются более связанные с мыслями реакции внимания, чем у мужчин. Мысли на тему своего подавленного состояния в свою очередь генерируют депрессивные объяснения причин такого состояния, которые еще больше усугубляют депрессию и приводят к большей беспомощности перед будущими проблемами (*Diener & Dweck, 1978*). И наоборот, мужчины более склонны прибегать к отвлекающим действиям, которые нейтрализуют депрессивное состояние. Представляется вполне разумным выдвинуть гипотезу о том, что неспособность отвлечься от негативных, эмоционально значимых раздражителей может быть важной частью эмоциональной дисрегуляции, характерной для индивидов с ПРЛ, каковыми, как уже упоминалось, являются преимущественно женщины.

Биологические основы

Механизмы эмоциональной дисрегуляции в ПРЛ непонятны, однако проблемы реактивности лимбической системы и контроля внимания могут иметь важное значение. Система эмоциональной регуляции характеризуется сложностью, однако есть основания полагать, что дис-

функция выступает результатом действия некоего общего фактора у всех индивидов с ПРЛ. Биологические причины могут предположительно образовывать диапазон от генетического влияния и неблагоприятных внутриутробных событий до средовых воздействий на развитие мозга и нервной системы в раннем детстве.

Р. Каудри и соавторы (*Cowdry et al., 1985*) сообщают о данных, свидетельствующих о возможности низкого порога активации лимбических структур у некоторых индивидов с ПРЛ, соотнося систему мозга с функцией эмоциональной регуляции. В частности, Р. Каудри и его коллеги замечают точки пересечения у симптомов парциальных приступов, эпизодических нарушений контроля и ПРЛ. Положительный эффект противосудорожных препаратов (*carbamasepine*) на индивидов с ПРЛ, нейрофизиологическую область воздействия которых составляет лимбическая зона, служит еще одним доказательством этому (*Gardner & Cowdry, 1986, 1988*).

Другие исследователи сообщают, что у пациентов с ПРЛ наблюдалось значительно больше случаев электроэнцефалографической дисритмии, чем у пациентов контрольной группы, страдающих депрессией (*Snyder & Pitts, 1984; Cowdry et al., 1985*). П. Андрулонис и его коллеги (*Andrulonis et al., 1981; Akiskal et al., 1985a, 1985b*) пытались привязать неврологически обусловленные дисфункции к ПРЛ. Однако в своих экспериментах они не использовали контрольные группы, поэтому их результаты трудно интерпретировать. Наоборот, Дж. Корнелиус и его соавторы (*Cornelius et al., 1989*) провели обзор нескольких исследований, в которых индивиды с ПРЛ сравнивались с пациентами, проявляющими симптомы других психических расстройств. Они были уравнены по характеристикам электроэнцефалограммы; отсутствию отягощенной наследственности (умственной отсталости, эпилепсии или неврологических расстройств); результатам выполнения батареи тестов, применяющихся для оценки основных сфер когнитивного функционирования; истории нейрологического развития. Интересен тот факт, что Корнелиус и его соавторы действительно сообщают о данных, свидетельствующих о раннем возникновении паттернов пограничного поведения у индивидов с ПРЛ. Например, вспышки раздражения, катание по полу и удары головой о стену чаще наблюдались у тех детей, которым позже ставили диагноз «пограничное расстройство личности», чем у детей, у которых позже обнаруживалась депрессия или шизофрения.

Еще одна стратегия исследования, предназначенная для обнаружения влияния на поведение биологических факторов, – сравнение различных поведенческих дисфункций у членов семьи индивидов с ПРЛ. При изучении характеристик ближайших родственников индивидов с ПРЛ был обнаружен более высокий по сравнению с другими категориями процент аффективных расстройств (*Akiskal, 1981; Andrulonis et al., 1981; Baron, Gruen, Asnis, & Lord, 1985; Loranger, Oldham, & Tulis, 1982; Pope et al., 1983; Schulz et al., 1986; Soloff & Millward, 1983; Stone, 1981*), а также тесно связанных с ними черт личности, например гистрионических[18] и антисоциальных характеристик (*Links, Steiner, & Huxsley, 1988; Loranger et al., 1982; Pope et al., 1983; Silverman et al., 1987*), и симптомов пограничного расстройства личности (*Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz, & Frankenburg, 1988*), чем среди родственников пациентов контрольных групп. Однако многие другие исследователи не смогли найти подобные связи, когда проводился контроль всех значимых характеристик (см. обзор в: *Dahl, 1990*). Такое исследование, проведенное С. Торгерсеном (*Torgersen, 1984*), говорит скорее о психосоциальной модели передачи заболевания, чем генетической. Почти не проводились исследования, направленные на установление связей между характеристиками темперамента индивидов с ПРЛ и сведени-

[18] Гистрионизм (от лат. histrio – актер) – театральное поведение больных истерией с присущими им чертами эгоцентризма, эмоциональной неустойчивости, повышенной внушаемости и реактивности, склонности к драматизации. Гистрионизм проявляется сильной эмоциональной экспрессией в мимике, пантомимике, речевых интонациях, повышенной вокализацией. – *Примеч. ред.*

ями о генетической и биологической этиологии данных свойств темперамента. Такое исследование крайне необходимо.

Однако и другие факторы, кроме генетических, могут быть в равной мере важны для нейрофизиологического функционирования, особенно в системе эмоциональной регуляции. Мы знаем, например, что характеристики внутриутробной среды могут иметь решающее значение для развития плода. Более того, эти характеристики влияют на будущие поведенческие паттерны индивидов. Достаточно привести несколько примеров, чтобы обосновать это утверждение. Фетальный алкогольный синдром, который характеризуется задержкой умственного развития и гиперактивностью, импульсивностью, отвлекаемостью, раздражительностью, замедленным развитием и нарушениями сна ребенка, – результат того, что беременная женщина злоупотребляла алкоголем (*Abel, 1981; 1982*). Подобные дисфункции регулярно отмечаются у грудных детей наркоманок (*Howard, 1989*). Накапливается все больше свидетельств того, что стрессовое воздействие со стороны окружения, испытываемое беременной женщиной, может оказать отрицательное влияние на развитие ребенка в будущем (*Davids & Devault, 1962; Newton, 1988*).

Переживания постнатального периода также могут иметь важные биологические последствия. Установлено, что радикальные события и условия окружения могут модифицировать нейронные структуры (*Donnenberg, 1981; Greenough, 1977*). Нет причин сомневаться в том, что нейронные структуры и функции, относящиеся к эмоциональному поведению, также могут испытывать подобное воздействие от контактов с окружением (см. обзор в: *Malatesta & Izard, 1984*). Взаимосвязь между травмой, вызванной окружением, и эмоциональной регуляцией особенно очевидна, если учесть распространенность опыта перенесенных в детском возрасте сексуальных домогательств среди пациенток с ПРЛ (об этом я буду говорить в другом разделе этой же главы).

Пограничное расстройство личности и инвалидирующее окружение

Характеристики темперамента у взрослых индивидов с ПРЛ весьма схожи с портретом «трудного ребенка», предложенным А. Томасом и С. Чессом. На основании своих исследований характеристик темперамента у детей до семи лет ученые определили трудных детей как «группу с нерегулярными биологическими функциями, негативными реакциями отчуждения на новые раздражители, отсутствием приспособляемости или медленной приспособляемостью к изменениям и интенсивными проявлениями настроения, которые зачастую носят отрицательный характер» (*Thomas & Chess, 1985, p. 219*). Эта группа в данном исследовании составляла примерно 10 % выборки. Очевидно, однако, что не у всех детей с «трудным характером» впоследствии развиваются симптомы ПРЛ. Хотя у большинства детей (70 %), которых изучали С. Чесс и А. Томас (*Chess & Thomas, 1986*), в школьные годы наблюдались расстройства поведения, состояние большинства из них улучшилось или нормализовалось в юношеском возрасте. Кроме того, как указывают С. Чесс и А. Томас, «трудный характер» может со временем развиться у детей, у которых изначально его не было.

А. Томас и С. Чесс предположили, что «достаточное соответствие», так же как и «недостаточное соответствие» ребенка окружению существенно важны для понимания последующего поведенческого функционирования. Достаточное соответствие имеет место, когда свойства окружения, в котором находится ребенок, его ожидания и требования согласуются с возможностями, характеристиками и стилем поведения ребенка. В результате развитие и поведенческое функционирование протекают оптимально. И наоборот, недостаточное соответствие имеет место, если возникают несообразности и дисгармония между возможностями и требованиями окружения, с одной стороны, и возможностями и характеристиками ребенка –

с другой. В этих случаях возникают неадаптивные функции и искаженное развитие (*Thomas & Chess, 1977; Chess & Thomas, 1986*). Именно это понятие «недостаточного соответствия» я считаю ключевым для понимания развития ПРЛ. Однако какой именно тип окружения вызовет «недостаточное соответствие», ведущее к развитию данного расстройства? Я полагаю, что инвалидирующее окружение с высокой вероятностью приведет к развитию у последнего ПРЛ.

Характеристики инвалидирующего окружения

Инвалидирующее окружение – это такое окружение, в котором выражение индивидом своих эмоциональных переживаний сталкивается с переменчивыми, неадекватными и обостренными реакциями. Другими словами, чувства индивида не признаются или игнорируются его окружением; за ними часто следует наказание. Переживание болезненных эмоций, а также события, которые кажутся индивиду причиной его эмоционального дистресса, игнорируются. Интерпретации индивидом своего собственного поведения, включая переживание намерений и мотиваций, связанных с поведением, отвергаются.

Инвалидация окружением чувств индивида имеет две основные особенности. Во-первых, пациенту дают понять, что он ошибается как в описании, так и в анализе своих собственных переживаний, особенно в представлениях о причинах своих эмоций, убеждений и действий. Во-вторых, переживания приписываются социально неприемлемым характеристикам или чертам личности индивида. Окружение может настаивать на том, что индивид испытывает то, в чем не признается («Ты разгневана, просто не хочешь в этом признаться»); что индивид предпочитает или любит то, о чем не говорит (вспомним ставшее почти афоризмом выражение: «Если женщина говорит «нет», она имеет в виду «да»»); что индивид сделал то, от чего отказывается. Выражение отрицательных эмоций может приписываться таким чертам, как гиперактивность, гиперсензитивность, паранойя, искаженное восприятие событий или неспособность к установлению положительных отношений. Поведение, влекущее непреднамеренные негативные последствия для окружающих, может объясняться враждебными мотивами или манипуляцией. Неудача или любое отклонение от норм социального успеха приписывается недостатку мотивации или дисциплины, недостаточным усилиям и т. п. Позитивные убеждения и планы действий, выражение положительных эмоций могут подобным образом не признаваться окружением или приписываться недостаточной проницательности, наивности, идеалистичности и инфантильности индивида. В любом случае личные переживания и эмоции индивида не считаются адекватными реакциями на события.

Инвалидирующее окружение обычно нетерпимо к проявлениям отрицательных эмоций, по крайней мере тогда, когда такие проявления не сопровождаются общественными событиями, санкционирующими соответствующие реакции. В целом такая позиция весьма напоминает ситуацию, когда утопающий должен сам себя вытащить за волосы – нужно только постараться, и ты все сможешь. Не смог – значит, не старался. Высоко ценятся индивидуальное мастерство и личные достижения, по крайней мере это касается эмоционального контроля и ограничения требований к окружению. Члены инвалидирующего окружения зачастую энергично пропагандируют свою точку зрения и активно выражают неудовлетворенность в связи с неспособностью пациента разделять их взгляды. Большое значение придается тому, чтобы быть счастливым или, по крайней мере, уметь рассмеяться в лицо трудностям; вере в свою способность достичь любой цели или, по крайней мере, умению «не пасовать» перед безнадежными ситуациями; и, больше всего, роли «положительного настроя» в преодолении любых преград. Неспособность соответствовать этим ожиданиям ведет к порицанию, критике и попыткам окружающих изменить (даже насильно) «неадекватные» установки. Требования, которые в свою очередь индивид может предъявить к окружению, обычно весьма ограничены.

Данная модель напоминает концепцию «выраженной эмоции», имеющей место у родственников как депрессивных индивидов, так и шизофреников с высоким процентом рециди-

вов (*Leff & Voughn, 1985*). Исследование «выраженной эмоции» свидетельствует о том, что подобная семейная констелляция может оказывать чрезвычайно мощное воздействие на уязвимого индивида. «Выраженная эмоция» в упомянутой выше работе относится к критике и чрезмерному вовлечению. Понятие, о котором идет речь в этой книге, включает два этих аспекта, но, кроме того, подчеркивает непризнание действительного состояния индивида. В результате окружающие, в том числе родители или другие лица, заботящиеся об индивиде, не только не признают его переживаний, но и нечувствительны к его потребностям.

Несколько примеров из клинической практики помогут вам лучше понять эту идею. Во время встречи с членами семьи пациентки, которая страдала алкоголизмом и часто совершала серьезные суицидальные попытки, ее сын заметил, что она могла бы просто «плюнуть на все проблемы», как это делают он, его брат и отец. Большое количество пациентов, задействованных в моем исследовательском проекте, рассказывали, что родители активно разубеждали их в необходимости обращения к терапевту. Одна 18-летняя пациентка, которая несколько раз проходила стационарное лечение, предприняла множество парасуицидальных попыток, страдала гиперактивностью и дислексией[19], принимала наркотики, каждую неделю после психотерапевтических сеансов выслушивала увещевания своих родителей о том, что она не нуждается в психиатрическом лечении, что она сама сможет наладить свою жизнь, если по-настоящему этого захочет. «Если говорить о проблемах, от этого станет еще хуже», – утверждал отец девушки. Другой пациентке в детстве говорили, что если она заплачет, когда упадет или ударится, то мамаша даст ей повод заплакать «по-настоящему». Если же девочка все-таки плакала, мать била ее.

Последствия развития ребенка в инвалидирующем окружении

Последствия развития ребенка в инвалидирующем окружении проявляются в следующем. Во-первых, не признавая и игнорируя чувства ребенка, такое окружение не учит его определять личные переживания, включая эмоции, таким образом, который будет нормативен по отношению к таким же или подобным переживаниям в более широком социальном диапазоне. Ребенок также не учится модуляции эмоционального возбуждения. Поскольку проблемы эмоционально уязвимого ребенка не признаются, попытки разрешить эти проблемы недостаточно энергичны. Ребенку говорят, что он должен контролировать свои эмоции, но не объясняют, как именно это делать. Это все равно что заставлять безногого ребенка ходить, не обеспечив его протезами. Неприятие или преуменьшение изначальных проблем становится преградой для внимания, поддержки и обучения, в которых нуждается такой ребенок. Поэтому ребенок не может научиться адекватно классифицировать или контролировать свои чувства.

Во-вторых, преуменьшая жизненные проблемы, окружение не учит ребенка переносить дистресс или ставить реалистичные цели и ожидания.

В-третьих, в инвалидирующем окружении зачастую необходимы крайние эмоциональные проявления и/или чрезвычайные проблемы для того, чтобы вызвать желаемую реакцию. Поэтому чрезвычайные социальные ситуации благоприятствуют развитию обостренных эмоциональных реакций. Нерегулярно наказывая за выражение отрицательных эмоций и нерегулярно подкрепляя проявления крайне обостренных эмоций, инвалидирующее окружение учит ребенка колебаться между сдерживанием эмоций, с одной стороны, и чрезвычайными эмоциональными состояниями – с другой.

Наконец, такое окружение не может научить ребенка, в каких случаях можно доверять своим эмоциональным и когнитивным реакциям как отражению правильных интерпретаций личных или ситуативных событий. Вместо этого ребенок учится отыскивать именно в окру-

[19] Дислексия (греч. *dys* – нарушение функции, рассогласование, *lexis* – речь, слово) – расстройство развития способности к чтению. – *Примеч. ред.*

жении ориентиры, которые подскажут, как следует мыслить, чувствовать и действовать. Способность человека доверять себе хоть в какой-то мере имеет решающее значение; человек по крайней мере должен доверять своему решению не доверять себе. Поэтому непризнание и игнорирование его чувств обычно переживается индивидом чрезвычайно мучительно. Люди, чувства которых инвалидируются, обычно или покидают свое окружение, или стараются изменить свое поведение таким образом, чтобы оно отвечало его требованиям; либо пытаются нейтрализовать воздействие окружения. Пограничное расстройство личности возникает в том случае, если индивид не может покинуть свое инвалидирующее окружение и не может изменить ни свое поведение, ни само это окружение, чтобы соответствовать его требованиям.

Может возникнуть впечатление, что такое окружение должно привести взрослого индивида скорее к расстройству личности в виде зависимости, чем к ПРЛ. Я подозреваю, что такой исход был бы вполне вероятен для ребенка с меньшей эмоциональной уязвимостью. Однако если речь идет об эмоционально уязвимых детях, недостоверная информация, поступающая со стороны окружения, почти всегда вступает в противодействие с таким же мощным сообщением чувств ребенка: «Ты можешь убеждать меня в том, что это делалось из любви ко мне, но мои страдания, мой ужас, моя ярость убеждают меня в том, что это не любовь. Ты можешь говорить мне, что я справлюсь, что это просто, но моя паника убеждает меня в том, что я не смогу, что мне это не под силу!»

Положение эмоционально уязвимого индивида, страдающего от отказа окружения валидировать его чувства, напоминает положение в нашем обществе человека с лишним весом. Наша культура (в том числе ежедневная реклама различных методов снижения веса) и родственники индивида, у которых нормальный вес, постоянно убеждают жертву, что похудеть легко, единственное, что для этого необходимо, – немного силы воли. Масса тела, превышающая культурно санкционированную норму, считается признаком обжорства, лени, неправильного образа жизни. Тысячи диет, эмоциональные и физические страдания, связанные с ними, титанические усилия, направленные на похудение, и тело, стремительно набирающее прежний вес при любой возможности, убеждают в обратном. Как человек с лишним весом реагирует на эту противоречивую информацию? Обычно он бросается из одной крайности в другую: то садится на жесткую диету и изнуряет себя упражнениями, то расслабляется и возвращается к обычному образу жизни (что напоминает эмоциональные колебания пациентов с ПРЛ). И те, и другие не могут спокойно игнорировать ни один из источников противоречивой информации.

Разновидности сексизма: прототипические переживания, препятствующие валидации чувств

Распространенность ПРЛ среди женщин требует, чтобы мы изучили возможную роль сексизма в его этиологии. Конечно, сексизм – важный психотравмирующий фактор для всех женщин в нашей культуре, и все же далеко не у всех развивается пограничное расстройство личности. Также ПРЛ развивается не у всех эмоционально уязвимых женщин, хотя все женщины в той или иной форме подвержены влиянию сексизма. Мне кажется, что роль сексизма в этиологии ПРЛ зависит от других характеристик эмоционально уязвимого ребенка, а также от обстоятельств сексизма в семье ребенка.

Сексуальное насилие

Крайней формой сексизма, конечно же, следует считать сексуальное насилие. Риск сексуального насилия для женщин примерно в два-три раза выше, чем для мужчин (*Finkelhor, 1979*). Процент фактов сексуального насилия, перенесенного в детском возрасте, у пациенток с ПРЛ настолько высок, что его роль в этиологии данного расстройства просто нельзя игнорировать. Из 12 госпитализированных пациенток с ПРЛ, характеристики которых изучал М. Стоун

(*Stone, 1981*), девять женщин (75 %) были жертвами инцеста. О сексуальном насилии в детском возрасте сообщили 86 % пациенток с ПРЛ, проходящих стационарное психиатрическое лечение, по сравнению с 34 % других психиатрических пациенток (*Bryer, Nelson, Miller, & Krol, 1987*). Что касается пациенток с ПРЛ, проходящих амбулаторное лечение, от 67 до 76 % из них стали жертвами сексуального насилия (*Herman, Perry, & van der Kolk, 1989; Wagner, Linehan, & Wasson, 1989*) по сравнению с 26 % пациенток, не страдающих пограничным расстройством личности (*Herman et al., 1989*). С. Огата, К. Силк, С. Гудрич, Н. Лор и Д. Вестен (*Ogata, Silk, Goodrich, Lohr, Westen, 1989*) обнаружили, что 71 % пациенток с ПРЛ в детстве были объектами сексуального насилия по сравнению с 22 % в контрольной группе, состоящей из депрессивных пациенток.

Хотя эпидемиологические данные свидетельствуют, что риск физического насилия для девочек не выше, чем для мальчиков, одно из исследований (*Herman et al., 1989*) показывает, что среди пациенток с ПРЛ больше жертв физического насилия в детском возрасте (71 %), чем среди других категорий пациентов (38 %). Более того, существует положительная корреляция между физическим и сексуальным насилием (*Westen, Ludolf, Misle, Ruffin, & Block, 1990*). Индивиды, которые больше подвержены риску сексуального насилия, также больше рискуют стать жертвами физического насилия. Дж. Брайер и соавторы (*Bryer et al., 1987*) обнаружили, однако, что, в то время как сексуальные домогательства в детском возрасте могут быть предиктором ПРЛ, комбинация сексуального и физического насилия не указывала на последующее развитие ПРЛ. С. Огата и соавторы (*Ogata et al., 1989*) также сообщают сходные данные о проценте жертв физического насилия среди пациенток с ПРЛ и депрессивных пациенток. Таким образом, вполне возможно, что сексуальное насилие, в отличие от других видов насилия, особым образом связано с ПРЛ. Чтобы выяснить, как построены эти отношения, нужны дополнительные исследования.

Очень похожая связь была обнаружена между детским опытом сексуального насилия и суицидальным (а также парасуицидальным) поведением. Среди жертв сексуального насилия наблюдается более высокий процент суицидальных попыток в зрелом возрасте, чем у других индивидов (*Edwall, Hoffmann, & Harrison, 1989; Herman & Hirschman, 1981; Briere & Runtz, 1986; Briere, 1988*); до 55 % жертв совершают многократные суицидальные попытки. Более того, у женщин, которые в детстве стали объектами сексуального насилия, наблюдается более серьезное (с точки зрения последствий) суицидальное поведение (*Wagner et al., 1989*). Дж. Брайер и соавторы (*Bryer et al., 1987*) обнаружили, что перенесенное в детстве насилие (как сексуальное, так и физическое) служит предиктором суицидального поведения во взрослом возрасте. У индивидов с суицидальной идеацией или парасуицидальным поведением вероятность перенесенного в детстве насилия была в три раза выше, чем у других категорий пациентов.

Хотя перенесенное в детском возрасте насилие обычно рассматривается как социальный стрессор, оно может играть менее выраженную роль в качестве причины физиологической уязвимости к эмоциональной дисрегуляции. Жестокое обращение может быть не только патогенным для индивидов с уязвимыми темпераментами, оно может «создавать» эмоциональную уязвимость, вызывая изменения в центральной нервной системе. С. Ширер, К. Питерс, М. Квейтман и Р. Огден (*Shearer, Peters, Quaytman, & Ogden, 1990*) предполагают, что длительная травма может вызывать физиологические изменения в лимбической системе. Таким образом, выраженный хронический стресс может оказывать устойчивое отрицательное влияние на возбуждение, эмоциональную чувствительность и другие аспекты темперамента.

Сексуальное насилие, в том виде, в котором оно существует в нашем обществе, представляет собой один из самых наглядных примеров откровенного непризнания окружением переживаний ребенка. В типичном сценарии сексуального насилия жертву пытаются убедить в том, что растление или половые сношения – это «нормально», однако ребенок должен дер-

жать это в тайне. Другие члены семьи редко признают факт сексуальных домогательств, и если ребенок жалуется на насильника, он рискует тем, что ему не поверят или поставят это ему в вину (*Tsai & Wagner, 1978*). Трудно представить себе более тяжелый случай эмоционального искажения для маленького ребенка. Точно так же жестокое обращение часто представляют ребенку как акт любви или просто нормальные действия со стороны взрослого. Некоторые клиницисты предположили, что именно тайность сексуального насилия может быть тем фактором, который имеет самое непосредственное отношение к последующему развитию ПРЛ. А. Джейкобсон и К. Геральд (*Jacobson & Herald, 1990*) сообщают, что из 18 пациенток психиатрического стационара, ставших в детском возрасте жертвами сексуального насилия, 44 % никогда никому не рассказывали об этом опыте. Чувство стыда очень характерно для индивидов, ставших жертвами сексуального насилия в детском возрасте (*Edwall et al., 1989*). Именно этим чувством может объясняться нежелание жертв рассказывать о перенесенном насилии. Мы не можем исключить непризнание окружением переживаний ребенка в случае сексуального насилия как фактор, способствующий развитию ПРЛ.

Имитация реакций младенцев их родителями

Тенденция родителей имитировать эмоционально экспрессивное поведение ребенка составляет важный фактор его оптимального эмоционального развития (*Malatesta & Haviland, 1982*). Неспособность к имитации или неконгруэнтная имитация (первая из них представляет собой инвалидацию, а последняя – неудачную валидацию) коррелируют с менее оптимальным развитием. Интересно (в этом просматривается некоторая аналогия с ролью половых различий в распространенности ПРЛ), что у матерей наблюдаются более ситуативные реакции на улыбки своих маленьких сыновей, чем дочерей, и более частая имитация эмоциональных проявлений сыновей (*ibid.*) [5].

Зависимость и независимость: отвергаемые окружением (и недостижимые) культурные идеалы для женщин

Данные исследований безусловно подтверждают выраженные различия между стилями межличностных отношений мужчин и женщин. Дж. Флэрти и Дж. Ричман (*Flaherty & Richman, 1989*) провели масштабный обзор данных, касающихся поведения и эволюции приматов, развития, отцовства и материнства, а также социальной поддержки и психического здоровья взрослых. Ученые сделали вывод, что различный опыт социализации, начинающейся еще в младенческом возрасте, приводит к тому, что женщины более эмоциональны и восприимчивы в межличностной сфере, чем мужчины. Связь между социальной поддержкой, получаемой от других людей, и собственным благополучием и, наоборот, связь между кризисом социальной поддержки и соматическими проблемами, депрессией и тревогой больше выражена у женщин, чем у мужчин. В то время как между степенью полученной социальной поддержки и эмоциональным функционированием у мужчин нет непосредственной связи, у женщин наблюдается положительная высокая корреляция между степенью социальной поддержки и эмоциональным благополучием. В частности, Флэрти и Ричман (*ibid.*) обнаружили, что близость как составляющая социальной поддержки наиболее тесно связана с эмоциональным благополучием женщин. В обзоре исследований по проблеме ассертивности женщин Келли Эган и я пришли к выводу, что поведение женщин в группах или парах характеризуется последовательностью с акцентом на поддержании отношений вплоть до пренебрежения целевыми заданиями, такими, например, как разрешение проблем или убеждение собеседников (*Linehan & Egan, 1979*).

Учитывая доминирование межличностных связей и социальной поддержки как важных (даже ключевых) характеристик оптимально адаптированных женщин, можно задаться вопросом: что происходит с женщинами, которые либо не получают социальной поддержки, в кото-

рой нуждаются, либо их учат, что потребность в социальной поддержке как таковая есть нечто ненормальное? Очевидно, что такие ситуации распространены. За очень редким исключением, межличностная независимость и для мужчин, и для женщин превозносится как идеал «здорового» поведения. Женственные характеристики (такие, например, как межличностная зависимость и надежда на других людей), как правило, воспринимаются как психически «нездоровые» (*Widiger & Settle, 1987*). Мы так ценим независимость, что, очевидно, не в состоянии даже представить возможность того, что человек может быть излишне независим. Например, хотя *DSM-IV* содержит диагноз «расстройство личности в виде зависимости», там нет ничего подобного «расстройству личности в виде независимости».

Такой акцент на личной независимости как нормативном поведении уникален для западной культуры и доминирует в ней (*Miller, 1984*; см. обзор в: *Sampson, 1977*). Фактически можно прийти к выводу, что нормативное поведение женщин, по крайней мере тот его аспект, который относится к межличностным отношениям, противоречит ценностям современной западной культуры. Неудивительно, что многие женщины переживают конфликт из-за проблемы независимости и зависимости. Создается впечатление, что имеется «недостаточное соответствие» между межличностным стилем женщин и западными ценностями социализации и культуры поведения взрослых. Интересно, однако, что патология приписывается женщинам, а не обществу, которое, по-видимому, все меньше и меньше ценит общественную и межличностную зависимость.

Женственность и предубеждение

Сексизм может быть особой проблемой для тех девочек, таланты которых расцениваются как «мужские» и были бы вознаграждаемы у мальчиков, но игнорируются и не принимаются у женщин. Например, спортивные достижения, интерес к технике, увлечение математикой и естественными науками, логическое, проблемно-ориентированное мышление больше ценятся в мужчинах, чем в женщинах. Любое чувство гордости достигнутым у женщин с подобными характеристиками может инвалидироваться окружением. Еще хуже, когда эти способности, которые ценятся в мужчинах, не сопровождаются интересами и талантами, которые ценятся в женщинах (например, забота о своей внешности, навыки ведения домашнего хозяйства). В такой ситуации девочка не только не вознаграждается за те способности, которые у нее есть, но и подвергается наказанию за проявление «поведения, несвойственного женщинам» или за неспособность вести себя «женственно». Когда поведение ребенка привязано к свойствам темперамента, это создает еще бóльшие проблемы. Например, мягкость, нежность, эмоциональность, отзывчивость, эмпатия, заботливость и подобные качества входят в число наиболее ценимых составляющих «женственности» (*Widiger & Settle, 1987; Flaherty & Richman, 1989*), поэтому подобные особенности не ассоциируются с «трудным характером».

Для девочки, наказанной за проявление качеств, несоответствующих культурному идеалу поведения женщины, жизнь должна быть особенно трудной, если у нее есть братья, которых за такие же модели поведения не наказывают, или сестры, для которых культурно санкционированное «женственное» поведение является вполне естественным. Несправедливость подобных ситуаций воспринимается очень остро. Окружение вне дома мало способствует нормализации положения, поскольку там доминируют те же самые культурные ценности. Трудно представить, как такая девочка может вырасти и не думать, что с ней что-то не в порядке.

В моем клиническом опыте именно такая ситуация характерна для пациентов с ПРЛ. Я и мои коллеги по клинике удивлялись большому количеству пациенток, обладающих талантами, которые высоко ценятся у мужчин – например, умение разбираться в технике, заниматься интеллектуальными изысканиями, – однако не ценятся у женщин. У нас лечатся только женщины, и частая тема обсуждения во время групповой терапии – трудности, пережитые в детстве, которые были вызваны тем, что интересы пациенток больше соответствовали нормам

мужского поведения, чем женского. Еще одна общая особенность моих пациенток с ПРЛ – в их семьях больше ценили мальчиков, чем девочек. По крайней мере, у мальчиков была бóльшая свобода действий, им предоставляли больше привилегий и меньше наказывали за поведение, которое создавало много проблем для девочек. Хотя сексизм – это безусловный факт, его связь с ПРЛ в том виде, в каком я его описала, строится только на моих умозаключениях. Эта проблема нуждается в изучении.

Типы инвалидирующих семей

Мои коллеги и я выявили три вида инвалидирующих семей у пациентов нашей клиники: «хаотическая», «перфекционистская[20]» и «типичная» семья.

Хаотические семьи

В хаотической семье могут быть проблемы с алкоголизмом и наркоманией, финансовые затруднения, или же родители много времени проводят вне дома. В любом случае детям уделяют мало времени или внимания. Например, родители одной из моих пациенток почти каждый вечер проводили в местной пивной. Каждый день, когда дети возвращались из школы, дома никого не было. Им приходилось самим заботиться о еде и находить себе занятие на вечер. Часто дети шли к бабушке, которая их кормила. Когда родители были дома, они не обращали внимания на детей. Отец часто был пьян, родители не прислушивались к просьбам детей. Потребности детей в этой семье игнорировались, что привело к инвалидации их чувств. Т. Миллон (*Millon, 1987a*) предположил, что распространение ПРЛ может объясняться увеличением количества хаотических семей.

Перфекционистские семьи

В перфекционистской семье родители по той или иной причине не допускают проявлений отрицательных эмоций со стороны своих детей. Такое отношение может объясняться рядом причин, включая требования, предъявляемые к родителям (например, большое количество детей или стрессогенная работа), неспособность переносить негативный аффект, эгоцентризм или наивный страх, что они могут испортить ребенка с «трудным характером». Мой опыт показывает, что если членов такой семьи прямо спрашивают об их отношении к своим родственникам с ПРЛ, они выражают горячее сочувствие. Однако ненамеренно эти члены семьи часто занимают последовательную позицию, отличительной чертой которой является отказ в сопереживании, – например, удивляются, почему индивид с ПРЛ не может «просто сдерживать свои чувства». Один из таких членов семьи заявил, что серьезнейшие проблемы его дочери разрешились бы сами собой, если бы она больше молилась.

Типичные семьи

Когда я впервые выделила этот тип инвалидирующего окружения, я назвала его «синдромом американского образа жизни», поскольку он характерен для американской культуры. Однако когда я читала лекцию в Германии, тамошние коллеги сообщили мне, что я с таким же успехом могла бы назвать эту модель «синдромом немецкого образа жизни». Скорее всего, это культурный продукт западного мира в целом. Некоторые ученые, изучающие эмоции, говорили о тенденции западного общества подчеркивать важность когнитивного контроля эмоций и считать критериями успеха достижения и мастерство. Индивидуализированное «Я» в западной культуре определяется четкими границами между отдельной личностью и другими людьми. В культурах, где доминирует такая точка зрения, считается, что поведение взрослого человека должно контролироваться внутренними силами, а не внешними. «Самоконтроль» в

[20] От англ. *perfect* – совершенный, безупречный. – *Примеч. ред.*

этом смысле относится к способности человека контролировать свое поведение с помощью внутренних сигналов и ресурсов. Иное позиционирование себя (например, определять себя через связи с другими людьми или зависеть от окружения) квалифицируется как незрелое и патологическое или, по меньшей мере, неблагоприятное для хорошего здоровья и нормального социального функционирования (*Perloff, 1987*). (Хотя данная концепция индивидуализированного «Я» распространена в западной культуре, она не может считаться универсальной ни в кросс-культурном плане, ни даже в рамках самой западной культуры.)

Рассуждая об инвалидирующей семье, следует помнить об одном ключевом моменте. В определенных пределах такой стиль внутрисемейных отношений не будет пагубным для любого индивида в любом контексте. Стратегии эмоционального контроля, используемые такой семьей, иногда даже полезны для человека, который обладает подходящим темпераментом и может научиться контролировать свои установки и эмоции. Например, исследования, проведенные С. Миллером и его коллегами (*Efran, Chorney, Ascher, & Lukens, 1981; Lamping, Molinaro, & Stevenson, 1985; Miller, 1979; Miller & Managan, 1983; Phipps & Zinn, 1986*), показывают, что индивиды, склонные свыкаться с сигналами об опасности, при столкновении с угрозой неподконтрольных и нежелательных событий демонстрируют более низкое и менее продолжительное психологическое, субъективное и поведенческое возбуждение, чем индивиды, которые сохраняют тенденцию следить за такими ориентирами. К. Кнуссен и К. Каннингем (*Knussen & Cunningham, 1988*) провели обзор исследований, которые свидетельствуют о том, что уверенность в собственном поведенческом контроле над отрицательным исходом того или иного события (т. е. обвинение себя, а не других, – ключевая характеристика индивида в инвалидирующем окружении) связана с более благоприятным исходом в будущих ситуациях. Таким образом, когнитивный контроль эмоций в определенных условиях может быть вполне эффективен. Именно благодаря такому подходу в США появились первые железные дороги, была создана атомная бомба, в городах выросли небоскребы, многие из нас успешно закончили учебу.

Единственная проблема здесь в том, что этот подход «действует только тогда, когда действует». Ведь одно дело убеждать в возможности самоконтроля человека, который на это способен, и совсем другое – обращаться с этим к человеку, который такими способностями не обладает. Например, у одной мамаши, с которой я работала, было двое детей – 14-летняя девочка с «трудным характером» и пятилетняя дочь с «легким характером». У старшей дочери были проблемы с гневом, особенно когда ее дразнила младшая дочь. Я пыталась научить мать валидировать чувства своей старшей дочери. После того как пятилетняя девочка разрушила сложную картинку-мозаику, составленную старшей сестрой, девушка накричала на младшую сестру и выбежала из комнаты. Мать с удовлетворением сообщила мне, что она «валидировала» чувства старшей дочери. Женщина сказала ей следующее: «Мэри, я понимаю, почему ты разозлилась. Но в будущем ты не должна допускать таких выпадов!» Матери было трудно понять, что она проигнорировала трудности, испытываемые старшей дочерью в связи с контролем над эмоциями. Когда дело касается эмоционально реактивных и уязвимых людей, инвалидирующее окружение значительно преуменьшает их проблемы. Индивидам с ПРЛ лишь в редких случаях удается то, с чем успешно справляются другие люди, – контроль и выражение эмоций.

Эмоциональная дисрегуляция и инвалидирующее окружение: порочный круг взаимодействий

Транзактный анализ показывает, что система, которая первоначально может состоять из слегка уязвимого ребенка и семьи, лишь в некоторой степени испытывающей трудности с валидацией, может со временем развиться в такую, где ребенок и семейное окружение будут

чрезвычайно чувствительными, уязвимыми и взаимно инвалидирующими. С. Чесс и А. Томас (*Chess & Thomas, 1986*) описывают некоторые ситуации, в которых темпераментный ребенок, медленный на подъем ребенок, рассеянный ребенок и настойчивый ребенок могут подавлять, угрожать и дезорганизовывать своих родителей, которые в других отношениях вполне благополучны. Г. Паттерсон (*Patterson, 1976; Patterson & Stouthamer-Loeber, 1984*) также много писал об интерактивном поведении ребенка и семьи, которое приводит к формированию взаимных силовых моделей поведения у всех членов системы. Со временем у детей и родителей – в результате их воздействия друг на друга – развивается и закрепляется экстремальное (т. е. крайнее в своих проявлениях) и силовое поведение. Это поведение в свою очередь еще больше усугубляет отрицательные особенности системы, что ведет не к уменьшению, а к накоплению дисфункционального поведения в ней. Невольно вспоминается библейское выражение: «…ибо кто имеет, тому дано будет; а кто не имеет, у того отнимется и то, что он думает иметь» (Лук. 8, 18).

Безусловно, эмоционально уязвимый ребенок предъявляет требования к окружению. Родители или другие взрослые, которые занимаются таким ребенком, должны быть более бдительными, более терпеливыми, более понимающими и гибкими, обладать бóльшей готовностью отложить свои ожидания, если ребенок неспособен им соответствовать. К сожалению, часто происходит так, что реакция ребенка на инвалидацию его чувств фактически подкрепляет подобное поведение семьи. Если ребенку говорят, что испытывать то, что испытывает он, глупо или не разрешено, это действительно иногда помогает утихомирить ребенка. Многие люди, включая эмоционально уязвимых, иногда замыкаются в себе; такое впечатление, что они чувствуют себя лучше, когда их эмоции не воспринимают всерьез.

Непризнание эмоций оказывает отрицательное воздействие, оно подавляет поведение, за которым следует.

«Контролирующее» окружение, описанное С. Чессом и А. Томасом (*Chess & Thomas, 1986*), можно считать разновидностью или крайним проявлением инвалидирующего окружения, описанного выше. Контролирующее окружение постоянно формирует поведение ребенка, чтобы оно соответствовало скорее предпочтениям и удобствам семьи, чем кратко– и долгосрочным потребностям ребенка. В этой ситуации, конечно же, признание поведения ребенка в том виде, в котором оно существует, отсутствует. По мере того как ребенок взрослеет, столкновения в борьбе за власть неизбежны, при этом окружение иногда сдается и примиряется, а иногда жестко проводит свою «политику». В зависимости от исходного темперамента ребенка окончательным результатом будет или ребенок-тиран, или ребенок с негативной пассивностью, или сочетание обоих типов в одном лице. Этот процесс описывается во многих книгах о воспитании.

По сути, в таких семьях имеет место двойная ошибка. Во-первых, родители ошибаются в выборе мер воздействия. Они ожидают иного поведения, чем то, на которое способен ребенок. Поэтому с их стороны следует чрезмерное наказание и недостаточные обучение, моделирование, поддержка и подкрепление. Подобная ситуация создает для ребенка неблагоприятное окружение, в котором необходимая помощь не поступает, а наказание неизбежно. В результате негативное эмоциональное поведение ребенка усиливается, в том числе экспрессивное поведение, связанное с эмоциями. Функция этого поведения – предотвратить наказание, обычно посредством создания настолько отрицательных последствий для родителей, что они оставляют попытки контроля.

Здесь родители допускают вторую ошибку: они подкрепляют функциональную ценность крайне экспрессивного поведения и отрицают функциональную ценность умеренного экспрессивного поведения. Такая модель подкрепления, следующая за крайними эмоциональными проявлениями, может случайно сформировать поведение, характерное для взрослых индивидов с ПРЛ. Если подкрепления со стороны окружения нет или оно непредсказуемо, неизбеж-

ность отрицательных условий приводит к модели выученной беспомощности: можно ожидать усиления пассивного, беспомощного поведения. Если, в свою очередь, наказывается пассивное или беспомощное поведение, индивид сталкивается с неразрешимой дилеммой и, вероятно, будет колебаться между крайним эмоционально экспрессивным поведением и в равной мере крайним пассивным и беспомощным поведением. Такое положение дел без всякой натяжки можно считать причиной возникновения многих пограничных характеристик по мере взросления ребенка.

Эмоциональная дисрегуляция и пограничное поведение

В поведении человека очень мало такого, что не подвержено влиянию эмоционального возбуждения и настроения. Самые различные явления – такие, например, как «Я»-концепция, самоатрибуция, локус контроля, научение задачам и их исполнению, модели самопоощрения и отсрочка поощрения – подвергаются воздействию эмоциональных состояний (см. обзор в: *Izard, Kagan, & Zajonc, 1984*, а также *Garber & Dodge, 1991*). Идея здесь в том, что большинство типов пограничного поведения – это либо попытки индивида отрегулировать интенсивный аффект, либо последствия эмоциональной дисрегуляции. Эмоциональная дисрегуляция – та проблема, которую пытается разрешить индивид, и одновременно источник дальнейших проблем. Отношения между моделями пограничного поведения и эмоциональной дисрегуляцией показаны на рис. 2.2.

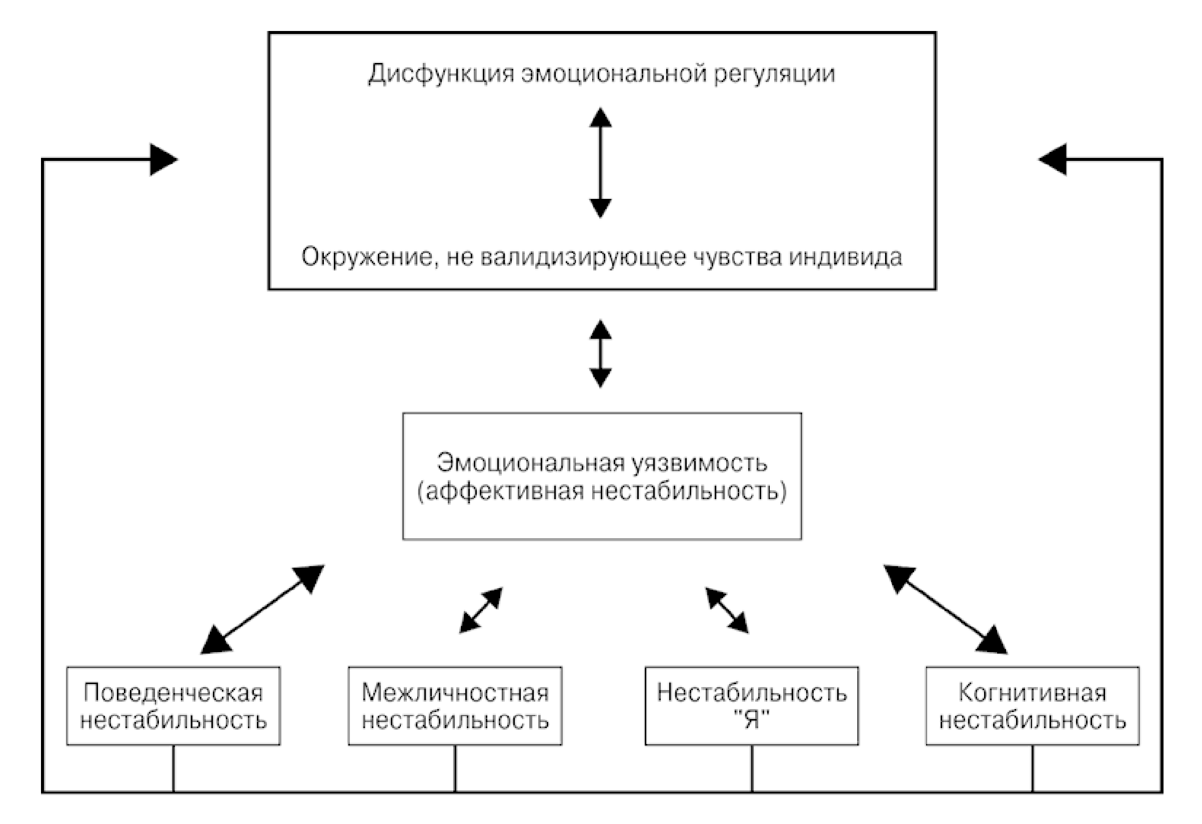


Рис. 2.2. Отношения между эмоциональной дисрегуляцией и моделями пограничного поведения с точки зрения биосоциальной теории

Эмоциональная дисрегуляция и импульсивное поведение

Суицидальное и прочие типы дисфункционального поведения – это обычно неадаптивное разрешающее поведение, возникающее как реакция на подавляющий, неконтролируемый, чрезвычайно болезненный негативный аффект. Суицид, конечно же, – крайний способ раз-

решения собственного аффективного состояния (как мы полагаем). Однако и другие, менее летальные типы поведения (например, парасуицидальное поведение) могут быть вполне действенными. Передозировка, например, обычно вызывает долгий сон; а сон в свою очередь имеет важное значение для регуляции эмоциональной уязвимости. Наносимые себе порезы и ожоги также, по-видимому, важны для аффективной регуляции. Точный механизм этого процесса неясен, однако пациенты с ПРЛ, как правило, сообщают о значительном облегчении тревоги и различных других негативных аффективных состояний, которое наступает после нанесения порезов или ожогов (*Leinbenluft, Gardner, & Cowdry, 1987*).

Суицидальное поведение, включая суицидальные угрозы и парасуицид, также весьма эффективно для получения помощи от окружения – помощи, которая может быть действенной для утоления эмоциональной боли. Во многих случаях такое поведение – единственный способ, которым пациент может привлечь внимание ругих людей, способных облегчить его страдания. Например, суицидальное поведение – весьма действенный способ для непсихотического индивида попасть на стационарное лечение в психиатрическую клинику. Многие терапевты говорят своим пациентам, что те могут или должны звонить им, если почувствуют склонность к суициду. Врачи местного психиатрического отделения говорили одной из моих пациенток, что ей следует сразу же вернуться в отделение, если она снова услышит голоса, приказывающие ей покончить с собой. Большинство наших пациенток с ПРЛ сообщают, что намерение изменить окружение стояло по меньшей мере за одним актом парасуицидального поведения.

К сожалению, инструментальный характер суицидальных угроз и парасуицида часто выступает именно тем аспектом, на который обращают внимание практикующие терапевты и теоретики, работающие с пограничными индивидами. Таким образом, суицидальные попытки и намеренные акты членовредительства часто называют «манипулятивными». Основанием для этого обычно бывает субъективное ощущение терапевта, который чувствует себя объектом манипуляций. Однако, как я уже объясняла в главе 1, предполагать, что если поведение приводит к определенному результату, то субъект поведения осознанно использует его для получения такого результата, будет логической ошибкой. Определение суицидального поведения к ак манипулятивного без оценки истинного намерения может иметь чрезвычайно опасные последствия. Эта проблема будет обсуждаться на более глубоком уровне в главе 15, где я опишу стратегии терапии суицидального поведения.

Эмоциональная дисрегуляция и нарушение идентичности

Обычно чувство самоидентичности формируется у человека как посредством наблюдений себя, так и реакций на себя со стороны других людей. Эмоциональная последовательность и предсказуемость во времени и в определенной ситуации – предпосылки для формирования идентичности. Все эмоции включают какой-то элемент предпочтения или приближения/избегания. Чувство идентичности, среди прочего, зависит от последовательного предпочтения. Например, у человека, которому нравится рисовать, может сформироваться образ своего «Я», включающий элементы идентичности художника. Другие, наблюдая за этим предпочтением, могут реагировать на этого человека как на художника, способствуя развитию его собственного образа «Я». Однако непредсказуемая эмоциональная лабильность ведет к непредсказуемому поведению и когнитивной непоследовательности; таким образом, устойчивая «Я»-концепция, или чувство идентичности, не может развиваться. Тенденцию пациентов с ПРЛ сдерживать или пытаться сдерживать свои эмоции также можно отнести к отсутствию устойчивого чувства идентичности. Нечувствительность, связанная со сдерживаемым аффектом, часто ощущается как пустота, которая еще больше способствует неадекватному чувству «Я» (или его полному отсутствию). Подобным образом, если собственное ощущение событий индивидом всегда «неправильно» или непредсказуемо «правильно» (именно такая ситуация складывается в инвалидирующей семье), можно ожидать развития у такого индивида чрезмерной зависимо-

сти от других людей. Эта чрезмерная зависимость, особенно если она относится к предпочтениям, идеям и мнениям, усугубляет проблемы с идентичностью, замыкая порочный круг.

Эмоциональная дисрегуляция и межличностный хаос

Для эффективных межличностных отношений очень полезны как стабильное чувство «Я», так и способность к спонтанности эмоционального выражения. Успешные отношения требуют также способности к саморегуляции эмоций адекватным способом, контролю импульсивного поведения и толерантности к болезненным в какой-то степени раздражителям. Понятно, что у индивидов с ПРЛ, не обладающих такими способностями, развиваются хаотические взаимоотношения. Проблемы с гневом и его выражением особенно мешают поддержанию стабильных отношений. Кроме того, о чем я еще буду писать в главе 3, сочетание эмоциональной уязвимости и инвалидирующего окружения приводит к развитию более интенсивных и более продолжительных форм выражения отрицательных эмоций. По сути, инвалидирующее окружение обычно создает для индивида режим непоследовательного подкрепления, при котором выражение чрезвычайно негативного аффекта или требования помощи подкрепляются лишь время от времени. Известно, что такой режим формирует весьма устойчивое поведение. Если другие окружающие тоже совершают ошибку непоследовательного подкрепления пациента с ПРЛ – иногда уступая и, таким образом, подкрепляя чрезмерное выражение отрицательных эмоций, а иногда не делая этого, – они тем самым воссоздают условия для формирования у данного индивида пагубного для отношений поведения.

Применение биосоциальной теории для терапии пациентов с ПРЛ

Общие цели и навыки

Признание упомянутых трудностей эмоциональной регуляции, которые берут начало как в биологической организации индивида, так и в неадекватном опыте научения, предполагает, что терапия должна сосредоточиться на одинаково важных задачах: 1) облегчение эмоционального выражения и ослабление неадаптивного, зависимого от настроения поведения; 2) доверие и признание собственных эмоций, мыслей и деятельности. Терапия должна быть направлена на обучение навыкам и на изменение поведения, а также на признание способностей и особенностей поведения пациента.

Основная часть ДПТ посвящена обучению именно таким навыкам. Они разделены на четыре группы: 1) навыки, повышающие межличностную эффективность в конфликтных ситуациях, которые могут помочь в ослаблении средовых раздражителей, ассоциирующихся с отрицательными эмоциями; 2) стратегии, заимствованные из литературы о поведенческой терапии аффективных расстройств (депрессии, тревоги, страха, гнева) и посттравматического стресса, которая способствует саморегуляции индивидом нежелательных эмоций при действии фактических или воспринимаемых эмоциональных раздражителей; 3) навыки перенесения эмоционального дистресса до начала изменений; 4) навыки, заимствованные из восточной техники медитации (дзэн), – например, практика психической вовлеченности, – которые повышают способность переживать эмоции и позволяют избегать их сдерживания.

«Обвинение жертвы»

Успешная ликвидация неадаптивных, обостренных эмоциональных проявлений зависит от ряда факторов. Самое важное – формирование валидирующего окружения, которое поз-

волит терапевту искоренить неадаптивное поведение и в то же время успокоить, ободрить и направить пациента, чтобы он смог пережить этот опыт. Данный процесс очень сложен и требует от терапевта толерантности, готовности к эмоциональной боли и гибкости. Тем не менее, при проведении лечения терапевт может предъявлять к индивиду с ПРЛ те же ожидания, что и к другим категориям пациентов. Если пациенты с ПРЛ не соответствуют этим ожиданиям, терапевт может проявлять толерантность в течение определенного периода времени. Однако по мере того, как проявления отрицательных эмоций усиливаются, терпение терапевта или готовность переносить эмоциональную боль иссякает, и тогда он уступает пациентам, наказывает их или прекращает терапию. Возможно, клиницисты с большим опытом работы с такими пациентами узнали себя в первых описаниях инвалидирующего, контролирующего окружения и семей, которые оказываются в порочном круге подкрепления и наказания индивидов с ПРЛ. Такое окружение, воссозданное в контексте терапии, становится простым продолжением тех условий, в которых индивидам приходилось проводить всю свою жизнь.

Наиболее типичная форма наказания индивидов с ПРЛ состоит в поведении, которое в целом характеризуется инвалидацией индивида и «обвинением жертвы». Исследования в сфере социальной психологии показывают, что обвинение жертв в их собственных злоключениях зависит от ряда важных факторов. Например, имеются данные, что в сходных ситуациях в целом больше склонны обвинять женщин, чем мужчин (*Howard, 1984*). В ходе того же исследования Дж. Говард обнаружил, что если жертва – женщина, предметом обвинений становится ее характер. Однако если речь идет о мужчине, предметом обвинения становится поведение мужчины в данной ситуации, но не его характер. Важны и другие переменные: наблюдатель должен проявлять участие к проблемам жертвы; последствия должны быть тяжелыми (*Walster, 1966*); наблюдатель должен чувствовать, что не может контролировать исход ситуации (*Sacks & Bugental, 1987*). Таким образом, если люди неравнодушны к тому, что происходит с индивидом, хотят защитить его от страданий, однако им это не удается, то они склонны обвинять жертву и считать индивида виновным в своих собственных проблемах и страданиях.

Именно такая ситуация складывается при терапии большинства пограничных пациентов. Во-первых, «жертвами» становятся прежде всего женщины. Как правило, терапевт проявляет участие к страданиям пациентов. Но, с другой стороны, до сих пор очень немногим терапевтам удавалось прекратить эти страдания. Даже если терапевт уверен в том, что определенное лечение со временем даст положительные результаты, потому что оно помогало другим пациентам, беспомощность перед лицом чрезвычайных страданий пациентов с ПРЛ – страданий, которые в свою очередь вызывают эмоциональную боль у клинициста – становится повседневной реальностью работы с этой категорией индивидов. Подобная беспомощность может побудить терапевта взяться за лечение пациентов с ПРЛ с удвоенной энергией. И если улучшение так и не наступает, терапевт может обвинить пациентов в том, что они сами виноваты в своих страданиях. Пациенты не хотят выздоравливать или меняться. Они сопротивляются терапии. (В конце концов, ведь помогает же терапия другим индивидам!) Пациенты просто устраивают спектакль. Они разыгрывают из себя самых несчастных на свете. Словом, терапевт допускает чрезвычайно серьезную, но вполне предсказуемую когнитивную ошибку: наблюдая последствия поведения жертв (например, эмоциональные страдания, свои или пациентов), он принимает их за проявления внутренних мотивов пациентов. Я буду часто ссылаться на эту ошибку в ходе дальнейшего обсуждения терапии пациентов с ПРЛ.

«Обвинение жертвы» приводит к серьезным ятрогенным[21] последствиям. Во-первых, оно не признает восприятие индивидом собственных проблем. Попытка индивида прекратить боль

[21] Ятрогения (от греч. *iatros* – врач, *-genes* – порождающий, вызывающий) – один из видов психогении. Причиной болезненных расстройств является неправильное поведение врача (неосторожное высказывание о тяжести и неблагоприятном прогнозе болезни, предоставление больному возможности ознакомиться с медицинской документацией и т. п.). – *Примеч. ред.*

ошибочно квалифицируется окружением как попытка сохранить боль, сопротивление выздоровлению или как какая-либо другая деятельность, о которой индивид даже не подозревает. Таким образом, индивид научается не доверять своему самовосприятию. Нередко случается, что спустя какое-то время пациент принимает точку зрения терапевта, потому что не доверяет своему самовосприятию и потому что это приводит к подкреплению со стороны клинициста. Однажды у меня была пациентка, которая никак не могла справиться со своей «домашней работой» (тренингом навыков), которую мы ей задавали. Она либо совсем ничего не делала, либо ее попытки были безуспешными. В то же время она умоляла меня и мою коллегу помочь ей вылечиться. Однажды, когда я спросила ее, что мешает ей упражняться дома, она с большой убежденностью ответила, что не хочет быть счастливой. Если бы хотела, то выполняла бы задания.

Основная особенность ДПТ в том, что терапевт ни в коем случае не должен винить жертву в ее страданиях. И это вовсе не означает, что терапевт настолько наивен, что ничего не понимает, хотя меня часто в этом обвиняли. Во-первых, обвинение терапевтом жертвы приводит к эмоциональному отдалению, проявлению отрицательных эмоций по отношению к пациенту, уменьшению готовности оказать помощь, наказанию пациента. Таким образом, пациент может лишиться самого необходимого – помощи терапевта. Терапевт чувствует неудовлетворенность и разочарование и часто (обычно очень тонко) может наказывать пациента. Поскольку наказание направлено не на действительный источник проблемы, оно лишь повышает негативную эмоциональность пациента. Между пациентом и терапевтом начинается состязание – состязание, в котором не бывает победителей.

Заключение

Очень важно помнить, что диалектический подход, используемый в этой книге, представляет собой философскую позицию, которую невозможно ни доказать, ни опровергнуть. Для многих эта позиция остается трудной для понимания. Поначалу вам может быть непонятно, зачем вообще нужно объяснять принципы диалектики. Несомненно, вы в какой-то мере сможете освоить ДПТ, не принимая (или не понимая) диалектики. Но если вы по натуре близки мне и моим студентам, диалектические идеи постепенно увлекут вас и незаметно изменят ваше понимание терапии. О себе могу сказать, что диалектика оказала значительное влияние на мой подход к терапии и организацию клиники. ДПТ постоянно менялась и развивалась, важным источником прогресса было применение диалектического подхода.

Биосоциальная теория, которую я представляю, носит умозрительный характер. Эмпирических данных о применении этой теории к этиологии ПРЛ пока недостаточно. Хотя биосоциальная теория согласуется с существующими научно-исследовательскими работами о ПРЛ, до сих пор не проводилось никаких исследований по ее экспериментальной проверке. Поэтому читатель должен помнить, что биосоциальная концепция ПРЛ, представленная в этой главе, базируется в основном на клинических наблюдениях и умозаключениях, а не на строгих эмпирических данных. Рекомендую читателю быть осторожным.

Примечания

1. Моя тогдашняя ассистентка, Элизабет Триас, была первой, кто указал на связь моих взглядов с диалектикой. Ее муж изучал марксистскую философию в университете.

2. Поведение также может иметь место как при наличии, так и при отсутствии сознания или внимания, и, соответственно, индивид может устно сообщать или не сообщать об этом поведении терапевту. При повседневном общении это поведение может быть доступно или

недоступно для сознания (об экспериментальном исследовании бессознательных когниций см.: *Greenwald, 1992*).

3. Имеется несколько хороших обзоров по исследованиям основ эмоционального функционирования. Рекомендую читателю следующие работы: *Barlow, 1988; Buck, 1984; Garber & Dodge, 1991; Ekman, Levenson, & Friesen, 1983; Izard, Kagan, & Zajonc, 1984; Izard & Kobak, 1991; Lang, 1984; Lazarus, 1991; Malatesta, 1990; Schwartz, 1982; Tomkins, 1982*.

4. Келли Кернер впервые указала на то, что эмоциональную дисрегуляцию можно считать продуктом уязвимости и неспособности модулировать эмоции.

5. Джерри Доусон и Марк Гринберг обратили мое внимание на эти данные и их значимость для инвалидации.

Глава 3. Поведенческие паттерны: диалектические дилеммы в терапии пациентов с ПРЛ

Описание поведенческих характеристик, относящихся к пограничному расстройству личности, – традиция, освященная временем. Как уже упоминалось в главе 1, были предложены самые разные классификации пограничных характеристик. Поэтому я представляю свою типологию характеристик ПРЛ с некоторым трепетом. Должна заметить, что поведенческие паттерны ПРЛ, обсуждаемые в этой главе, не претендуют на роль диагностических или дефинитивных. Кроме того, это далеко не исчерпывающий перечень важных пограничных характеристик. Мои взгляды на эти модели формировались в течение определенного периода времени, когда я пыталась сделать поведенческую терапию эффективной для лечения хронически парасуицидальных и пограничных пациентов. Я чувствовала, что сталкиваюсь с одними и теми же препятствиями – одними и теми же характеристиками моих пациентов. Год за годом, анализируя клинические ситуации и исследовательскую литературу, я разрабатывала картину диалектических дилемм, возникающих при ПРЛ. Поведенческие паттерны, связанные с этими дилеммами, и составляют предмет настоящей главы.

Хотя данные паттерны представляют собой вполне обычное явление, они далеко не универсальны среди индивидов с ПРЛ, поэтому очень важно, чтобы присутствие этих моделей не считалось само собой разумеющимся, а устанавливалось в каждой конкретной ситуации. Я обнаружила (с учетом упомянутого выше предостережения), что и мне, и моим пациентам полезно сознавать влияние данных паттернов на терапию. Обычно описание этих паттернов задевает некую чувствительную струну в пациентах и помогает им лучше понять и организовать свое поведение. Это немалое достижение, если учесть, что необъяснимый, на первый взгляд, характер их поведения (особенно склонность наносить себе физические повреждения) часто имеет важное значение. Более того, поведенческие паттерны и взаимосвязь между ними могут иметь эвристическую ценность при выяснении этиологии проблем пациентов. Диалектические дилеммы, о которых идет речь, удобнее всего представить в виде трех пересекающихся осей (рис. 3.1). Каждая ось соединяет две полярные противоположности: 1) эмоциональную уязвимость и самоинвалидацию (т. е. непринятие собственных чувств); 2) активную пассивность и воспринимаемую компетентность; 3) непрерывный кризис и сдерживаемое переживание горя. Если через точку пересечения провести горизонтальную линию, разделяя оси пополам, то характеристики над чертой – эмоциональная уязвимость, активная пассивность и непрерывный кризис – будут теми, которые в своем развитии подверглись преимущественному влиянию биологического субстрата эмоциональной регуляции. Соответственно, характеристики, которые на схеме оказались ниже горизонтальной линии, – самоинвалидация, воспринимаемая компетентность и сдерживаемое переживание горя – подверглись большему влиянию социальных последствий эмоционального выражения. Ключевой момент заключается в том, что дискомфорт крайних точек каждой оси приводит к постоянным колебаниям индивидов с ПРЛ между полюсами. Неспособность достичь точки равновесия (т. е. синтеза) представляет собой основную терапевтическую дилемму.

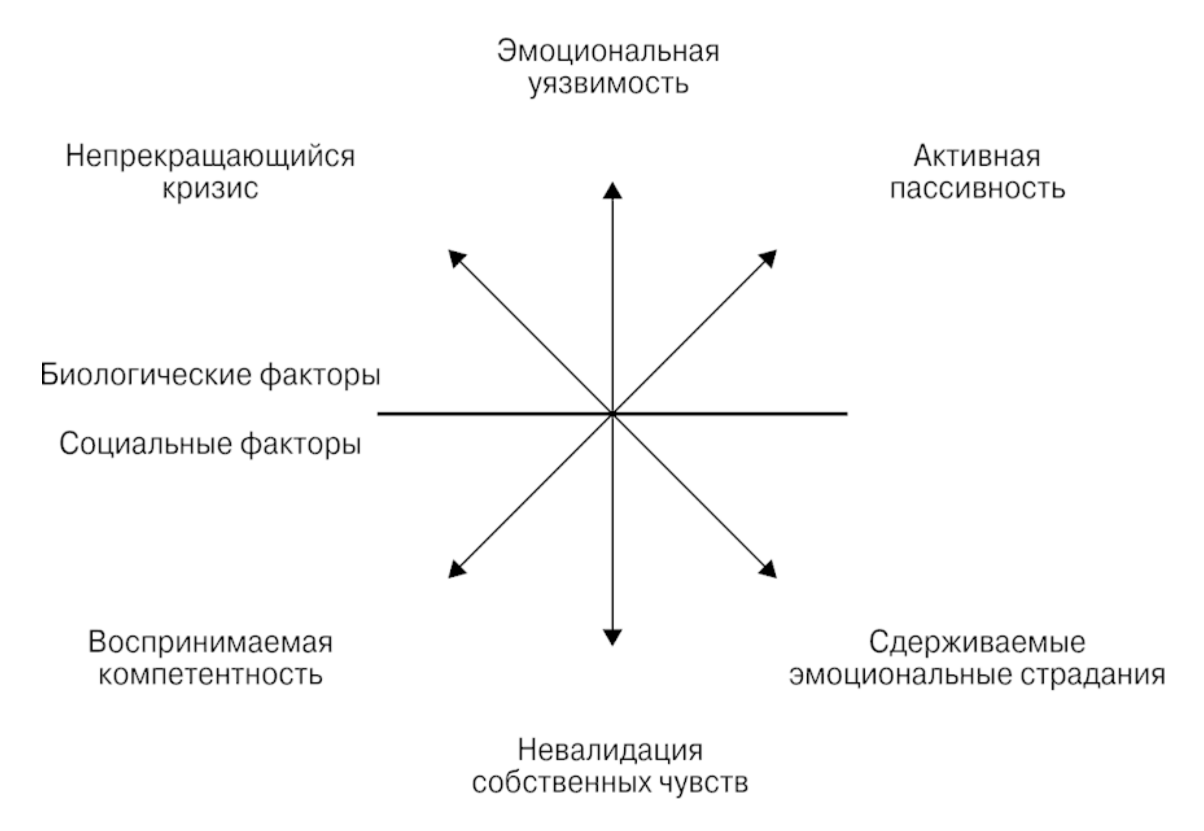


Рис. 3.1. Пограничные поведенческие паттерны: три диалектических измерения

Эмоциональная уязвимость и непринятие собственных чувств

Эмоциональная уязвимость

Общие характеристики

В главе 2 я рассказывала об эмоциональной уязвимости пациентов с симптомами ПРЛ как основном компоненте эмоциональной дисрегуляции, действующей в качестве личностной переменной при транзактном развитии пограничных характеристик. Одна из этих пограничных характеристик – *длительная* эмоциональная уязвимость, т. е. долго проявляющиеся эмоциональные восприимчивость и интенсивность в сочетании со стойкостью отрицательных чувств. Подобная уязвимость, с моей точки зрения, представляет собой основную характеристику ПРЛ. Когда я говорю об эмоциональной уязвимости на данном уровне, я имею в виду и фактическую уязвимость индивида, и сопутствующее осознание и переживание им этой уязвимости.

Обычно присутствуют четыре характеристики частого, сильного эмоционального возбуждения, которые создают особые трудности для индивидов с ПРЛ. Во-первых, следует помнить о том, что эмоции не есть просто внутренние физиологические события, хотя физиологическое возбуждение, конечно же, составляет важный аспект эмоций. Как я рассказывала в главе 2, эмоции – это полносистемные реакции. Таким образом, они интегрируют паттерны переживаний, а также когнитивных, экспрессивных и физиологических реакций. Одна из составляющих комплексной эмоциональной реакции не обязательно должна быть важнее других. Таким образом, проблема не просто в том, что индивиды с ПРЛ не могут регулировать свое физиологическое возбуждение; скорее, им часто трудно регулировать весь комплекс реакций, связанных с определенным эмоциональным состоянием. Например, они могут быть неспособны

модулировать враждебное выражение лица, агрессивные действия либо словесное проявление гнева. Или же такие индивиды не в состоянии избавиться от навязчивых забот и переживаний либо удержаться от вызванного страхом бегства. Если мы будем об этом помнить, нам будет легче представить сложность проблемы, с которой сталкиваются пациенты с ПРЛ, а также понять характерную для них тенденцию проявлять порой дисфункциональность в самых разных аспектах поведения.

Во-вторых, интенсивное эмоциональное возбуждение обычно препятствует действию других поведенческих реакций. Так, регулируемое, планируемое и, очевидно, функциональное поведение совладания (копинг) временами может терпеть неудачу, будучи прерываемым эмоционально значимыми раздражителями. Возникающие при этом чувства разочарования и неудовлетворенности еще больше усугубляют проблему. Более того, сильное возбуждение связано с дихотомическим мышлением в категориях «или/или»; навязчивыми и повторяющимися мыслями; физическим дистрессом и болезнями; а также поведением избегания и/или нападения.

В-третьих, сильное возбуждение и неспособность к его регуляции приводят к тому, что у индивида возникает чувство утраты контроля и некоторой непредсказуемости собственных реакций. Такая непредсказуемость возникает из неспособности индивида с ПРЛ контролировать начало и окончание внутренних и внешних событий, влияющих на его чувства, а также невозможности модулировать собственные реакции на эти события. Ситуация усугубляется за счет того, что время от времени (с непрогнозируемой периодичностью) индивиду удается контролировать свои чувства. Проблема здесь в том, что время и продолжительность адекватной эмоциональной регуляции непредсказуемы для него самого (а также для окружающих). Иметь подобные переживания – все равно что видеть страшный сон и быть не в состоянии проснуться.

Наконец, этот недостаток контроля порождает особый страх, который еще больше усугубляет эмоциональную уязвимость. Прежде всего, необходимо отметить, что индивиды с ПРЛ боятся ситуаций, в которых контролировать события труднее, чем обычно (как правило, новые ситуации, а также те, которые в прошлом были сопряжены с трудностями). Частые попытки контроля терапевтических ситуаций со стороны пациентов с ПРЛ становятся вполне объяснимыми, как только мы поймем этот аспект эмоциональной уязвимости. Кроме того, пациентам часто внушают сильный страх поведенческие ожидания людей, к которым они привязаны. Этот страх вполне оправдан, если учесть, что пациенты переживают потерю контроля не только над определенными чувствами, но и над поведенческими паттернами, связанными с теми или иными эмоциональными состояниями. (Например, подготовка к экзамену требует сосредоточенности, а удерживать внимание в периоды сильной тревоги, глубокой печали или гнева может быть очень трудно.) Неподконтрольность и непредсказуемость делают проблемными ожидания со стороны окружения. В один момент, будучи в определенном эмоциональном состоянии, пациент может соответствовать этим ожиданиям, а в другой момент может потерпеть неудачу.

Важный аспект этой проблемы состоит в связи между похвалой и ожиданиями. Похвала, кроме сообщения об одобрении, часто подразумевает оказываемое пациенту доверие в том, что он может продемонстрировать одобренное поведение, а также ожидание от пациента такового поведения в будущем. Пациенты с ПРЛ как раз и опасаются того, что не смогут оправдать этих ожиданий и повторить одобряемое поведение. Хотя я описала страх похвалы как когнитивно опосредованное явление, подобная опосредованность не является его обязательной характеристикой. Вполне достаточно опыта прошлого, в котором похвала сопровождается ожиданиями, ожидания сопровождаются неспособностью им соответствовать, что в свою очередь сопровождается наказанием. Именно такая последовательность событий характерна для инвалидирующего окружения.

Результирующее влияние этих эмоциональных трудностей можно считать психологическим эквивалентом ожогов третьей степени. Пациенты с ПРЛ, образно выражаясь, теряют «эмоциональный кожный покров». Малейшее прикосновение или движение вызывает сильнейшую боль. С другой стороны, жизнь есть непрерывное движение. Терапия требует и движения, и прикосновений. Поэтому и клиницист, и сам терапевтический процесс не могут не причинять индивидам с ПРЛ острых эмоциональных страданий. И терапевт, и пациент должны обладать достаточным мужеством, чтобы не избегать этой боли. Именно опыт собственной уязвимости подчас приводит индивидов с ПРЛ к экстремальному поведению (включая суицидальное), к попыткам одновременно позаботиться о себе и сообщить окружению о необходимости проявить заботу о них. Завершенный суицид среди индивидов с ПРЛ – не что иное, как окончательная потеря надежды на то, что их уязвимость когда-нибудь уменьшится. Иногда это и последнее сообщение о том, что эти пациенты нуждались в большей заботе.

Понимание природы этой уязвимости и ее учет в клинической практике имеют решающее значение для эффективности терапии. К сожалению, слишком часто происходит так, что терапевты не замечают уязвимости пациентов с ПРЛ или забывают о ней. Проблема в том, что если чувствительность кожи у пострадавших от ожогов очевидна, то эмоциональная уязвимость людей часто недоступна для непосредственного наблюдения. По причинам, которые я буду обсуждать позже, индивиды с ПРЛ могут иногда производить на окружающих (включая терапевтов) обманчивое впечатление менее уязвимых, чем на самом деле. Одно из последствий такого положения вещей состоит в том, что восприимчивость пациентов с ПРЛ гораздо труднее понять, о ней гораздо труднее помнить, чем о болезненной чувствительности обожженной кожи. Мы можем представить, какую боль испытывает человек, потерявший кожный покров; гораздо труднее для большинства из нас вообразить, что чувствует эмоционально уязвимый человек и каково это – не иметь психологической «кожи». Именно такие проблемы встают перед индивидами с ПРЛ.

Гнев и пограничное расстройство личности

Проблемы с гневом были непременной составляющей описаний пограничного расстройства личности в каждом издании *DSM* начиная с 1980 года. В психоаналитической школе (напр., *Kernberg, 1984*) чрезмерный враждебный аффект рассматривается в качестве основного этиологического фактора ПРЛ. Бóльшая часть современной терапии индивидов с ПРЛ нацелена на интерпретацию поведения в свете предполагаемой враждебности и агрессивных намерений, лежащих в его основе. Один известный психоаналитик однажды сказал мне, что любой звонок пациента на домашний телефон психоаналитика по сути есть акт агрессии. Почти каждый раз, когда я демонстрирую видеозапись психотерапевтического сеанса с одной из моих пациенток, аудитория истолковывает молчание, отчужденность или пассивность пациентки как агрессию по отношению ко мне. Во время групповой терапии пациенты нашей клиники часто рассказывают, какого труда им стоит убедить других терапевтов или психиатров в том, что их поведение (по крайней мере, какие-то его аспекты) не выражает гнева и враждебности.

Несомненно, чувство гнева и враждебное/агрессивное поведение играют в ПРЛ важную роль. Однако с моей точки зрения другие отрицательные эмоции, такие как печаль и депрессия; стыд, вина и унижение; страх, тревога и паника имеют такое же важное значение. Само собой разумеется, что чрезвычайно чувствительный человек, испытывающий постоянные трудности с эмоциональной регуляцией, будет иметь определенные проблемы с гневом. Однако приписывание подобных трудностей всем или большинству индивидов с ПРЛ зависит, по-моему, скорее от того, кто интерпретирует поведение индивида, чем от фактического поведения или его мотивации. Часто вывод о враждебном намерении делается исключительно на основе отрицательных для терапевта поведенческих последствий. Если поведение пациента не удовлетворяет или раздражает терапевта, значит, именно этого пациент и добивается – может быть, сам

того не осознавая. Я думаю (хотя и не располагаю данными, способными подтвердить мое мнение), что тенденция усматривать в действиях пациентов гнев и агрессию, а не страх и отчаяние, может быть связана с полом наблюдателя. Одно из немногих действительных поведенческих различий между полами состоит в том, что мужчины агрессивнее женщин (*Maccoby & Jacklin, 1978*); возможно, поэтому мужчины более склонны усматривать агрессивные намерения в поведении пациенток. Ученые, которые делали акцент на гневе и совладании с враждебными мотивами как ключевом этиологическом факторе ПРЛ, – мужчины (напр., О. Кернберг, Дж. Гандерсон и Дж. Мастерсон) [1].

Исходя из моего опыта, поведение, которое в большинстве случаев интерпретируется как отражение враждебных мотивов и гнева, в действительности происходит от страха, паники, безысходности и отчаяния. (Это напоминает мнение Дж. Мастерсона (*Masterson, 1976*), что страх утраты лежит в основе большинства пограничных психопатологий.) Та молчаливая и пассивная пациентка, которую видят зрители на демонстрационной видеокассете, пытается совладать с приступами паники, которые (согласно ее последующему описанию) сопровождались ощущением удушья и страхом смерти. Хотя паническая реакция как таковая может обусловливаться изначальным переживанием чувств, мыслей или телесных реакций, связанных с гневом, это вовсе не означает, что последующее поведение агрессивно или выражает враждебное намерение. Однако сама по себе преувеличенная интерпретация гнева и враждебного намерения может вызвать враждебность и гнев. Поэтому постоянно использовать подобные интерпретации – все равно что самим накликать беду.

Хотя проблемы с гневом и его выражением могут свидетельствовать об общей эмоциональной интенсивности и дисрегуляции, они могут быть и последствием других негативных аффективных состояний с ненормальной регуляцией. Возбуждение отрицательных эмоций и дискомфорт любого вида могут активировать чувства, тенденции действий, а также связанные с гневом мысли или воспоминания. Леонард Берковиц (*Berkovitz, 1983, 1989, 1990*) предложил когнитивно-неоассоцианистскую модель гнева. Основная идея этой модели состоит в том, что в результате различных генетических и ситуативных факторов, а также факторов научения, негативный аффект и дискомфорт активируют ассоциативную сеть зачаточных, рудиментарных переживаний страха и гнева. Последующая, более высокого порядка когнитивная обработка изначальных отрицательного опыта и аффекта может затем привести к полному развитию эмоции гнева и ее переживанию. Таким образом, согласно Л. Берковицу, гнев и его выражение можно считать вероятными последствиями (а не причинами) более общей эмоциональной интенсивности и дисрегуляции негативных эмоциональных состояний. Л. Берковиц приводит множество данных, показывающих, что негативные эмоциональные состояния и дискомфорт, которые не являются гневом, могут порождать чувство гнева и враждебные наклонности. В соответствии с этой позицией он писал, что «страдания редко облагораживают. Из всех представителей человечества только у отдельных индивидов характер улучшается в результате переживания болезненного или просто неприятного опыта… Когда люди чувствуют себя плохо, у них быстрее всего возникают гнев, враждебные мысли и воспоминания, а также агрессивные наклонности» (*Berkovitz, 1990, p. 502*).

Не поддающиеся регуляции гнев и его выражение могут, конечно же, привести к возникновению самых разных трудностей и осложнений. Это особенно касается женщин, у которых даже умеренное выражение гнева может интерпретироваться как агрессия. Например, так называемое «ассертивное», или уверенное, поведение у мужчин может быть квалифицировано как «агрессивное», если наблюдается у женщины (*Rose & Tron, 1979*). Воспринимаемая агрессия порождает ответную агрессию, замыкая цикл межличностного конфликта. В зависимости от опыта научения индивида сама по себе эмоция гнева может переживаться как нечто настолько неприемлемое, что при этом возникают чувство стыда и паника. Эти эмоции в свою очередь могут способствовать эскалации первоначальной реакции гнева, еще больше усугуб-

ляя дистресс. Или же могут наблюдаться попытки заблокировать непосредственное выражение гнева и подавить эмоциональную реакцию. Со временем модель сдерживания выражения и чрезмерного контроля над переживанием гнева может стать предпочтительной манерой реагирования на ситуации, провоцирующие чувство гнева. У индивида формируется пассивное, беспомощное поведение. Позже в этой же главе мы поговорим об относительных преимуществах непосредственного выражения гнева.

Самоинвалидация

Непринятие индивидом собственных чувств ведет к принятию им особенностей своего окружения. Вследствие этого индивид склонен не обращать внимания на собственные чувства, обращаться к другим людям в поисках адекватного отражения внешней действительности и преуменьшать сложность решения жизненных проблем. Игнорирование индивидом собственного аффективного опыта приводит к попыткам подавить переживание и выражение эмоций. Неспособность индивида доверять собственному восприятию действительности препятствует развитию чувства идентичности или уверенности в своем «Я». Преуменьшение сложности жизненных проблем неизбежно приводит к ненависти индивида к себе, вызванной неспособностью достичь намеченных целей.

Эмпирические доказательства непринятия собственных чувств пациентами с ПРЛ, если не считать клинических наблюдений, довольно скудны. Однако можно утверждать, что некоторые эмоциональные проблемы индивида возникают в результате переживаний, связанных с инвалидирующим окружением. Во-первых, влиянию инвалидирующего окружения может подвергаться собственно переживание им отрицательных эмоций. Необходимость сдерживать отрицательные чувства препятствует развитию способности ощущать экспрессивные постуральные[22] и мышечные изменения (особенно мимические), относящиеся к базовым эмоциям. Это ощущение – неотъемлемая составляющая эмоционального поведения. Во-вторых, в подобной среде индивид не может научиться адекватно квалифицировать собственные отрицательные чувства. Поэтому у него не развивается способность к ясному формулированию и вербальному выражению своих эмоций. Эта несостоятельность еще больше подкрепляет инвалидацию, которая определяется окружением и, в конце концов, самим индивидом. Индивиду трудно принять чувства, которые он сам не понимает.

Еще один аспект влияния инвалидирующего окружения, особенно при игнорировании таких базовых эмоций, как гнев, страх и грусть, проявляется в том, что в таком окружении индивид не знает, когда можно доверять собственным эмоциональным реакциям как адекватному отражению индивидуальных и ситуативных событий. Поэтому он не может принимать самого себя и доверять себе. Если, например, девочке говорят, что ей не следует переживать определенные эмоции, она должна усомниться в своих первоначальных наблюдениях или интерпретациях действительности. Если выражение отрицательных эмоций наказывается, как это зачастую происходит в инвалидирующем окружении, тогда реакция стыда сопровождает, во-первых, переживание интенсивной эмоции такого плана, а во-вторых – публичное выражение этого переживания. Таким образом, дается толчок новой вторичной отрицательной эмоции. Индивид учится реагировать на собственные чувства по модели, заданной его окружением, – стыдом, критикой и наказанием. Сочувствие к себе и выражающее его поведение индивида по отношению к себе в такой атмосфере развивается крайне редко. Образуется порочный круг, поскольку единственный эффективный способ избавиться от стыда, который сопровождает отрицательные эмоции, – заставить окружение признать первоначальную эмоцию. Часто индивид с ПРЛ научается тому, что для валидации своих чувств со стороны окру-

[22] От англ. *posture* – осанка. Постуральный – связанный с положением тела. – *Примеч. ред.*

жения необходимы либо крайние эмоциональные проявления, либо особые обстоятельства. В подобном окружении индивид научается тому, что как эскалация первоначальной эмоциональной реакции, так и преувеличенная, но убедительная апелляция к сложным обстоятельствам приводят к валидации окружением его чувств. Иногда валидация чувств сопровождается другими положительными реакциями – такими как опека и душевная теплота. Поэтому индивид возвращается к полюсу эмоциональной уязвимости. Альтернатива внешнему поиску валидации – просто изменить или, по крайней мере, модулировать свои эмоциональные реакции в соответствии с ожиданиями окружения; однако неспособность регулировать аффект исключает такой вариант решения проблемы.

Понятно, что в инвалидирующем окружении у ребенка формируется склонность к исследованию такого окружения в поисках ориентиров для своего образа мыслей и эмоциональных реакций. Ребенка наказывают за то, что он опирается на собственные переживания. Такая закономерность событий может объяснить, почему пациентам с ПРЛ так трудно сохранить свою точку зрения при несогласии или критике со стороны других людей, а также может стать причиной частых попыток добиться от окружения признания своей точки зрения. Если поощряется не опора индивида на собственный опыт, а соответствие общественному опыту, индивид стоит перед выбором: можно попытаться изменить общественный опыт с помощью тактики убеждения или же можно изменить собственный опыт таким образом, чтобы он соответствовал общественному. По опыту могу сказать, что пациенты с ПРЛ имеют тенденцию колебаться между этими вариантами.

По мере вращения в этом замкнутом круге и первоначальный эмоциональный дистресс, и последующие реакции стыда и самоуничижения усиливаются. Разорвать этот круг терапевту может быть чрезвычайно трудно. Пациент ищет признания своей болезненной эмоции и в то же время выражает такие сильные страдания, что терапевт искренне желает помочь ему и как можно быстрее облегчить его боль. Самая распространенная ошибка терапевта в подобной ситуации – стремление устранить изначальную болезненную эмоцию (таким образом, игнорируя ее), вместо того чтобы признать эту эмоцию, тем самым устраняя сопровождающий ее стыд.

Четвертый аспект влияния инвалидирующего окружения проявляется в том, что индивид заимствует эту тактику игнорирования и начинает применять ее к себе. Вследствие этого индивиды с ПРЛ предъявляют к себе необоснованно высокие поведенческие ожидания. У них совершенно отсутствует понятие о процессе формирования, т. е. постепенного совершенствования. Поэтому такие пациенты склонны скорее порицать и наказывать себя, чем поощрять за приближение к желаемым моделям поведения. Подобная стратегия саморегуляции приводит к тому, что пациент терпит неудачи и в конце концов опускает руки. Мне довелось встречать лишь отдельных пациенток с ПРЛ, которые могли спонтанно использовать поощрение, а не наказание в качестве метода изменения поведения. Хотя в течение короткого периода времени наказание может быть достаточно эффективным, оно часто оказывается недейственным в долгосрочном плане. Среди прочих отрицательных последствий наказание (особенно наказание в форме самокритики и самообвинения) вызывает чувство вины. Хотя умеренное чувство вины способно быть эффективным фактором мотивации поведения, чрезмерное, как всякая другая интенсивная эмоция, может разрушительно воздействовать на мышление и поведение. Часто индивиды с ПРЛ, чтобы защититься от чувства вины, просто избегают ситуаций, в которых это чувство может возникнуть, тем самым избегая и поведенческих изменений, необходимых для решения проблемы. Убеждение пациенток с ПРЛ воздержаться от самонаказания и использовать принципы положительного подкрепления поведения – одна из самых трудных задач поведенческой терапии.

Предпочтение, отдаваемое наказанию, а не поощрению, возникает, вероятно, из двух источников. Во-первых, наказание – единственная тактика изменения поведения, которая известна индивиду. Индивид опасается, что если он не накажет себя достаточно сурово, это

еще больше отдалит его от желаемого поведения. Результат такого отдаления – дальнейшая потеря контроля над своим поведением и, соответственно, прекращение поощрений со стороны окружения. Этот страх настолько силен, что попытки терапевта разорвать порочный круг самонаказания порой вызывают паническую реакцию со стороны пациента. Во-вторых, инвалидирующее окружение, с его акцентом на индивидуальной ответственности, учит пациента, что отступление от желаемого поведения заслуживает наказания. Поэтому пациентам с ПРЛ зачастую трудно поверить, что именно наказания они как раз и не заслужили. Многие из них даже говорят, что заслуживают смерти.

Диалектическая дилемма для пациента

Сочетание эмоциональной уязвимости и инвалидирующего окружения ставит перед пациентом с ПРЛ ряд своеобразных дилемм, а также имеет важное значение для понимания суицидального поведения, особенно при проведении терапии. Первая дилемма пациента относится к тому, кого следует винить в его страданиях.

Заключается ли источник проблем пациента в нем самом? Или виноваты окружающие либо судьба? Вторая дилемма, тесно связанная с первой, – кто прав? Действительно ли пациент настолько уязвим и не способен контролировать свое поведение и чувства, как ему кажется? Или же он просто плохо себя ведет, как утверждает окружение: может контролировать свои реакции, но не хочет. Чего пациенты с ПРЛ, по-видимому, не могут, так это одновременно удерживать в сознании две эти противоречивые позиции, т. е. осуществлять их синтез, поэтому они колеблются от одного полюса к другому. Пациенты с ПРЛ, которых я наблюдаю, часто бросаются из одной крайности в другую, отчего их поведение приобретает характерные пограничные параметры. Они либо прибегают к радикальной самоинвалидации и полагают, что все проблемы – естественные последствия их собственной испорченности; либо признают собственную уязвимость, нередко при этом веря в судьбу и законы Вселенной, и считают, что не заслужили всех тех несчастий, которые их постигли, что жизнь к ним несправедлива.

В первом случае пациент с ПРЛ сам занимает позицию непризнания своих реальных возможностей, преуменьшая, часто во много раз, сложность достижения поведенческих и эмоциональных целей. Неизбежная неудача, связанная с такими необоснованными ожиданиями, сопровождается реакцией стыда, острой самокритикой, а также самонаказанием (в том числе в форме суицидального поведения). Пациент полагает, что заслужил все, что с ним происходит. Страдания, испытываемые им, справедливы – ведь он такой нехороший. Жизненные трудности – плод его своеволия. Неудача объясняется недостаточной мотивацией, несмотря на все доказательства обратного. Поведение таких индивидов напоминает поведение сильного человека, который презирает слабаков, или же террориста, который убивает тех, кто выказывает страх. Мне редко доводилось встречать такую мстительность, которую пациенты с ПРЛ проявляют по отношению к себе. Одна из моих пациенток так разъярилась на себя, что до крови исцарапала себе лицо и ноги. Таким образом, с этой точки зрения суицидальное или парасуицидальное поведение рассматривается прежде всего как выражение враждебности индивида по отношению к себе.

Во втором случае к пациентам с ПРЛ иногда приходит ясное осознание собственной эмоциональной уязвимости и неспособности контролировать свое поведение. Соответственно, индивид умеряет свои ожидания, однако ожидания его окружения остаются прежними. Осознание противоречий между своими способностями эмоционального и поведенческого контроля, с одной стороны, и чрезмерными требованиями и критикой окружения – с другой, может вызвать гнев и в то же время привести к попыткам доказать значимым близким их неправоту. Что же в этом случае может быть эффективнее, чем суицидальное или другое экстремальное поведение? Такая форма коммуникации может быть основной, если индивид хочет

получить помощь, которую считает крайне необходимой. Конечно, вероятность такого поведения особенно высока, если инвалидирующее окружение проявляет сочувствие и оказывает помощь только в ответ на чрезвычайные проявления страданий. Кроме того, у пациентов с ПРЛ нет ясных представлений о том, чему верить в случае разногласий – своему опыту или опыту окружающих, в частности опыту терапевта.

Суицидальное поведение отражает признание индивидом собственной уязвимости, устраняя конфликт между его собственным опытом и опытом терапевта.

С этой точки зрения, индивиды с ПРЛ не только признают собственную уязвимость, но и принимают поведенческие и биологические законы, которые лежат в основе возникновения и поддержания их нынешнего состояния. Пациенты остро осознают несправедливость своего положения. Временами пациенты с ПРЛ верят, что жизнь все-таки может быть справедливой; что она справедлива почти ко всем, кроме них; что она должна быть справедлива к ним самим – в первую очередь; и что жизнь может быть к ним справедлива, если они просто поймут, что для этого нужно сделать. Но бывают времена, когда пациенты с ПРЛ теряют всякую надежду понять, что же именно им следует делать. Они могут считать себя хорошими людьми (по крайней мере такими, которые к этому стремятся) с неподконтрольными – и поэтому безнадежными – недостатками. Каждое нарушение поведенческих норм сопровождается сильными чувствами стыда, вины и раскаяния. Пациенты чувствуют себя треснувшими вазами в магазине керамики – они безобразны, ни на что не годятся, поэтому их задвинули в какой-то темный угол, чтобы не пугать покупателей. Хотя они изо всех пытаются найти клей или глину и починить себя, их усилия в результате ни к чему не приводят.

Находясь в эпицентре интенсивных эмоциональных страданий, индивид с ПРЛ часто считает, что окружающие (особенно терапевт) могут избавить их от боли, если только захотят. (Можно сказать, что они страдают противоположностью паранойяльного расстройства – расстройством доверия.) Конфликт этих устойчивых, иногда выражаемых в резкой форме ожиданий пациента и в равной мере выраженных беспомощности и неэффективности, переживаемых терапевтом, становится причиной одной из самых распространенных в терапии драм, в которой участвуют индивиды с ПРЛ. Неадекватная помощь приводит к тому, что эмоциональная боль и неподдающееся поведение пациента усиливаются. Пациент чувствует себя пренебрегаемым, непонятым, глубоко обиженным. Терапевт чувствует себя столь же непонятым и полагает, что пациент им манипулирует. Оба готовы напасть друг на друга или бросить все.

Терпение, принятие, сочувствие к себе вместе с попытками добиться постепенных изменений, управление собой, самоуспокоение – это одновременно и составляющие, и результаты синтеза уязвимости и инвалидации окружением чувств индивида. Однако они ускользают от индивидов с ПРЛ. Интересно, что модель чередования завышенных ожиданий и безнадежности, как оказалось, характерна для индивидов со слабой (в том смысле, в котором этот термин употреблял И. П. Павлов), чрезвычайно реактивной нервной системой – т. е. для эмоционально уязвимых людей (*Krol, 1977*; цит. *Strelau, Farley, & Gale, 1986*).

Диалектическая дилемма для терапевта

Два упомянутых взаимосвязанных паттерна могут объяснить нам, почему терапия пограничных пациентов иногда ятрогенна. От пациента можно ожидать выраженной сильной реакции, если во время терапии формируется среда, в той или иной мере инвалидирующая его чувства. Обычные примеры этого – когда терапевт предлагает такую интерпретацию поведения пациента, с которой он не согласен, или настаивает на ней; предъявление жестких требований к деятельности, с которой пациент может (или считает, что может) справиться; отношение к пациенту как к менее компетентному, чем он есть на самом деле; неоказание пациенту той помощи, которая была бы предоставлена, если бы клиницист считал его позицию разумной;

критика поведения пациента или другая форма наказания; игнорирование важных сообщений или действий пациента и т. д. Достаточно сказать, что, как правило, при терапевтических отношениях (даже здоровых) неизбежен какой-то процент инвалидации. Вероятно, это особенно относится к стрессогенным отношениям – таким как отношения терапевта и пациента с ПРЛ.

Непринятие чувств пациента достаточно болезненно для него и вызывает следующие вторичные эмоциональные реакции: гнев на терапевта за его бесчувственность; дисфория на фоне непонимания со стороны клинициста и своего одиночества; тревога и паника – от чувства того, что терапевт, который не может понять и признать нынешнее состояние пациента, не в силах ему помочь; стыд и унижение из-за выражения таких чувств, мыслей и поведения. Поведенческие реакции в ответ на инвалидацию могут включать поведение избегания, более интенсивные усилия добиться понимания и признания, а также атаки на терапевта. Самая экстремальная форма бегства – это, конечно же, суицид. Если говорить о менее радикальных формах, пациенты могут просто бросить терапию, пропускать сеансы или опаздывать. (Высокий процент преждевременного прекращения терапии среди парасуицидальных индивидов и пациентов с ПРЛ в какой-то мере может объясняться трудностями с валидацией чувств этой категории пациентов, возникающими у терапевта.) Деперсонализация и диссоциативные явления могут быть другими формами избегания, так же как и отчуждение и молчание во время терапии. Пациенты могут интенсифицировать свои усилия для достижения понимания с помощью различных средств, включая попытки связаться с терапевтом в промежутках между сеансами, договориться о дополнительных встречах, повлиять на него через посредничество друзей либо других специалистов. Как я уже упоминала, суицидальное поведение иногда может интерпретироваться как попытка наладить коммуникацию. (Очень важно, однако, чтобы терапевт не считал всякое суицидальное поведение попыткой наладить коммуникацию.)

Атаки на терапевта, как правило, принимают словесную форму. Пациент осуждает и обвиняет, едва ли сочувствуя тем трудностям, которые может испытывать терапевт в своих попытках понять и принять его. В свое время именно от индивидов с ПРЛ я выслушала в свой адрес столько оскорблений и критики, сколько не слышала ни от каких других категорий пациентов. Иногда нападение может быть физическим; часто объектом таких нападений становятся какие-нибудь вещи терапевта. Например, в нашей клинике пациенты разбивали часы, рвали графики, крали почту, бросались всякими предметами, пробивали дыры в стенных панелях, рисовали и писали на стенах. Такие проявления агрессии, конечно же, часто порождают ответную агрессию, замыкая порочный круг. Контратаки терапевтов часто замаскированы под терапевтические действия.

Дилемма для терапевта состоит в том, что попытки стимулировать изменения в пациенте и добиться сочувственного отношения к нему, такому, каков он есть, тоже могут ощущаться им как отказ от валидации его чувств. Например, если при анализе неудач терапевт в какой-либо форме даст понять пациенту, что в следующий раз ему необходимо приложить больше усилий и не допускать подобных ошибок, пациент, вероятно, отреагирует таким образом: я все время был не прав, а отвергающее меня окружение право. Возникает конфликт, внимание пациента отвлекается от поведенческих изменений и формирования навыков. Исходя из своего опыта, могу сказать, что многие повседневные трудности, связанные с терапией данной категории пациентов, вытекают из непризнания клиницистом переживаний и проблем пациента. С другой стороны, если терапевт использует тактику, не ориентированную на изменения, – например, слушает пациента или сочувственно принимает его реакции, – тогда пациент, скорее всего, запаникует, решив, что его жизнь никогда не улучшится. Если терапевт прав и все, что он говорил, соответствует действительности, тогда в лучшем случае все таким же и останется. В этой ситуации можно ожидать от пациента проявления гнева по отношению к терапевту – за то, что тот не смог ему помочь. У пациента возникает потребность в более активном вовле-

чении терапевта и в конкретных советах, которые помогут ему измениться. Снова замыкается порочный круг, который так часто изнуряет и пациентов, и терапевтов.

Опыт этой дилеммы – вероятно, больше, чем что-либо другое – стал для меня стимулом к разработке ДПТ. Сама по себе стандартная поведенческая терапия (а также стандартная когнитивно-поведенческая терапия), которую я применяла, означала, по сути, непринятие пациентов. Я говорила пациентам, что либо их поведение было неправильным, либо их мышление было в чем-то проблемным или иррациональным. Однако терапия, которая не признавала очевидного дефицита навыков у этих индивидов, не могла их научить. Принятие их боли в некотором плане означало ее непризнание. Это было все равно, что обучать опытного пловца обращению со спасательным плотом, оставляя не умеющих плавать посреди океана, подбадривая их (ободряющим голосом): «Вы справитесь! Вы сможете!» Решением проблемы, по крайней мере в ДПТ, стало объединение двух упомянутых терапевтических стратегий. Таким образом, лечение требует от терапевта гибкого взаимодействия с пациентом, которое сочетает пристальное наблюдение за реакциями пациента с постоянным чередованием поддерживающего принятия с конфронтацией и стратегиями изменения.

Диалектическое равновесие, к которому должен стремиться терапевт, заключается в признании разумности переживаний каждого пациента (особенно его эмоциональной уязвимости и отчаяния) и обучении его навыкам, необходимым для осуществления изменений. Это требует от терапевта объединения стратегий признания и стратегий развития способностей (т. е. обучения навыкам). Напряжение, возникающее за счет чрезмерных колебаний пациента между завышенными и низкими устремлениями и ожиданиями относительно собственных способностей, создает невероятные трудности для терапевта.

Активная пассивность и воспринимаемая компетентность

Активная пассивность

Определяющая характеристика «активной пассивности» – тенденция пассивного и беспомощного отношения к проблемам, контрастирующая с активной и решительной позицией, а также родственная первой тенденция при чрезмерном дистрессе требовать от окружения (а также зачастую и от терапевта) решения жизненных проблем. Таким образом, пациент активно пытается заставить других людей решать его проблемы или регулировать его поведение, однако сам по отношению к этим проблемам проявляет пассивность. Такая модель совладания весьма близка «эмоционально-направленному копингу», описанному Р. Лазарусом и С. Фолькманом (*Lazarus & Folkman, 1984*). Эмоционально-направленный копинг имеет место, когда индивид реагирует на стрессогенные ситуации усилиями, направленными на снижение отрицательных чувств. Например, человек стремится отвлечься от проблемы или ищет поддержки и утешения у других людей. Это отличается от проблемно-направленного копинга, при котором индивид предпринимает непосредственные действия, направленные на решение проблемы. Именно тенденция активного поиска помощи со стороны окружения отличает активную пассивность от выученной беспомощности. В обоих случаях индивид беспомощен в решении собственных проблем. Однако при выученной беспомощности индивид просто опускает руки и даже не пытается получить помощь от окружения. При активной пассивности человек продолжает попытки получить помощь от других людей, включая терапевта.

Иногда именно требование немедленного разрешения проблемы, на которое терапевт не способен, приводит к образованию порочного круга инвалидации. Возрастающие, отчаянные требования немедленной помощи могут спровоцировать у терапевта кризис. Ощущая свою беспомощность, он может либо перейти к обвинению пациента, либо отвергнуть его. Такое

отвержение еще больше усугубляет проблему, порождая новые требования пациента. Порочный круг замыкается. Пассивность перед лицом чрезвычайных и, на первый взгляд, непреодолимых жизненных трудностей и проблем с саморегуляцией, конечно же, не способствует их решению, хотя и может быть эффективной для кратковременной регуляции негативного аффекта, сопровождающего эти трудности и проблемы. Вопрос реальной разрешимости проблем – это, несомненно, яблоко раздора между пациентом и терапевтом. Терапевт может считать, что пациент способен справиться с проблемой, если только начнет прилагать активные усилия; пациент, наоборот, часто считает положение безнадежным независимо от того, что он делает. С точки зрения пациента, либо проблему вообще нельзя разрешить, либо же он не считает себя способным на требуемое для разрешения проблемы поведение. Убежденность пациента в своем бессилии противоречит мнению терапевта о том, что пациент обладает потенциальными способностями разрешения проблем. Если же терапевт также считает проблему неразрешимой, он может даже поощрять стиль пассивной регуляции, включая отвлечение и избегание проблемы.

Вероятно, стиль пассивной регуляции представляет собой результат индивидуальных особенностей темперамента, а также неудачных попыток индивида контролировать как негативный аффект, так и связанное с ним неадаптивное поведение. Например, Бяловаз (*Bialowas, 1976*) (цит. *Strelau et al., 1986*) обнаружил положительную корреляцию между автономной реактивностью и зависимостью в ситуации социального влияния. Интересные исследовательские данные Элиаша (*Eliasz, 1974*, цит. *Strelau et al., 1986*) показывают, что люди с высокой автономной реактивностью, независимо от других условий, предпочитают пассивные стили саморегуляции, т. е. стили, которые подразумевают минимум активных усилий для улучшения своих способностей и окружения.

С. Миллер и К. Манган (*Miller & Mangan, 1983*) провели исследование, связанное с нашей нынешней темой, на предмет поведения пациентов во время визитов к врачу. Они обнаружили, что пациенты, которые были чувствительны к отрицательным или потенциально отрицательным аспектам жизни и ожидали их («высокочувствительные»), больше заботились о добром и уважительном отношении к ним, анализе, новых рекомендациях врача, ждали утешений по поводу состояния своего здоровья и хотели получить больше информации, чем «низкочувствительные». Что самое важное, при этом они также предпочитали для себя менее активную роль; фактически численность «высокочувствительных», которые желали играть абсолютно пассивную роль, превышала соответствующее число «низкочувствительных» в два раза. Таким образом, активная пассивность может не быть результатом исключительно научения, хотя вполне вероятно, что история неудачных попыток контролировать себя и окружение играет в этом важную роль.

Легко понять, как может происходить научение активной пассивности. Индивиды с ПРЛ замечают свою регулярную неспособность к успешному взаимодействию с другими людьми. Они осознают свои страдания, безнадежность, неумение воспринимать мир в положительном ключе и в то же время свою неспособность носить маску счастья, надежды и безмятежности. Эти наблюдения индивида за собой могут привести к формированию паттерна выученной беспомощности. Его предшественником часто становится опыт неудач, сопровождающих даже максимальные усилия индивида. Кроме того, в окружении, которое не признает трудностей индивида, не происходит научения активному и эффективному разрешению проблем. Овладение активными копинг-стратегиями, как минимум, требует признания проблемы. В окружении, где трудности не замечаются, индивид научается гиперболизировать их, чтобы окружение отнеслось к ним серьезно. Именно гиперболизированное ви́дение трудностей и собственной некомпетентности следует считать следующим признаком активной пассивности. Индивид пытается уравновесить неспособность окружения признать его неадекватность чрезвычайной неадекватностью и пассивностью.

Эмпирические доказательства паттерна активной пассивности можно найти в работах, посвященных как парасуициду, так и пограничному расстройству личности. В проведенном мной исследовании у пациенток, госпитализированных непосредственно после акта парасуицида, при сравнении с индивидами с суицидальной идеацией и несуицидальными пациентами психиатрического стационара обнаружилась значительно более низкая способность к активному решению межличностных проблем и несколько более высокая тенденция к пассивному решению проблем. Активное решение проблем в этом эксперименте заключалось в действиях индивида, которые вели к разрешению проблемы; пассивное решение подразумевало, что другой человек станет орудием разрешения проблемы (*Linehan et al., 1987*). Дж. Перри и С. Купер (*Perry & Cooper, 1985*) сообщают о взаимосвязи ПРЛ, с одной стороны, и низкой самоэффективности, высокой зависимости и эмоциональной готовности полагаться на окружающих – с другой.

Неспособность защитить себя от крайне болезненных эмоций и последующие чувства беспомощности, безнадежности и отчаяния могут играть важную роль в часто встречающейся среди индивидов с ПРЛ чрезмерной межличностной зависимости. Люди, которые не могут самостоятельно разрешить свои аффективные и межличностные проблемы, должны либо сносить неприемлемые для них условия, либо обращаться к другим людям за помощью. При сильной психической боли и/или низкой толерантности к психологическому дискомфорту это обращение принимает форму эмоциональной прилипчивости и требовательного поведения. В свою очередь такая зависимость предсказуемо приводит к интенсивным эмоциональным реакциям на утрату значимых в межличностном плане людей или угрозу таковой. Неистовые попытки избежать утраты – вполне закономерный элемент этой констелляции.

Нельзя забывать о значении культурно обусловленной гендерной предвзятости и стереотипах половых ролей в развитии активной пассивности у женщин. В целом женщины, как правило, обучаются межличностным стилям, которые можно считать эффективными, поскольку добиваются помощи и поддержки других людей (*Hoffman, 1972*). Более того, культурные нормы и ожидания часто ограничивают женщин непрямыми, личностными и пассивными методами воздействия (*Johnson, 1976*). Гендерные различия проявляются уже в раннем возрасте. Например, наблюдения за школьниками показали, что мальчики отвечают на критику активными усилиями, в то время как девочки склонны реагировать пассивно – опускать руки и винить собственную несостоятельность (*Dweck & Bush, 1976; Dweck, Davidson, Nelson, & Emde, 1978*). Хотя в целом девочки школьного возраста переживают не больше стрессовых событий, чем мальчики (*Goodyer, Kolvin, & Gatzanis, 1986*), вполне возможно, что девочки чаще сталкиваются с ситуациями, которые соответствуют парадигме выученной беспомощности. О такой возможности свидетельствуют прежде всего данные о сексуальных домогательствах. Как я подробно рассказывала в главе 2, мера полученной социальной поддержки – в частности, степень близости – больше ассоциируется с благополучием женщин, чем мужчин. Таким образом, эмоциональная зависимость, обычная для индивидов с ПРЛ, порой может быть просто крайним вариантом межличностного стиля, характерного для многих женщин. Возможно также, что зависимый стиль, характерный для индивидов с ПРЛ, в других культурах не считается патологией.

Воспринимаемая компетентность

«Воспринимаемая компетентность» – тенденция индивидов с ПРЛ иногда казаться компетентными и способными справиться с повседневными проблемами жизни, а порой вести себя так (неожиданно для наблюдателя), словно этих компетентности и способности никогда не существовало. Например, женщина может демонстрировать ассертивное поведение на работе, где она чувствует себя уверенно и контролирует ситуацию, но при этом вести себя беспомощно

в контексте близких отношений с человеком, где она не чувствует такой уверенности. Контроль над импульсами, демонстрируемый в кабинете терапевта, вне его стен может теряться. Пациентка, настроение которой по окончании психотерапевтического сеанса кажется нейтральным или даже хорошим, через несколько часов может позвонить и сообщить о невыносимом дистрессе, вызванном встречей с терапевтом. Несколько недель или месяцев успешного совладания с проблемами могут смениться кризисом и возвратом к неэффективному совладанию и выраженной эмоциональной дисрегуляции. Воспринимаемая способность регулировать проявления аффекта может присутствовать в одних социальных ситуациях и отсутствовать в других. Индивиды с ПРЛ часто демонстрируют очень хорошие межличностные навыки и успешно помогают другим людям справиться с трудностями, однако не могут применить те же навыки для разрешения собственных проблем.

Идея паттерна воспринимаемой компетентности впервые посетила меня, когда я работала с одной из моих пациенток, которую я назову Сузан. Она была системным аналитиком в крупной компании. Сузан пришла на терапию хорошо одетая, ее поведение было располагающим, она шутила. На работе, по словам Сузан, ее ценили. За несколько месяцев она несколько раз спрашивала меня, как ей следует решать межличностные проблемы с начальником. Однако Сузан казалась вполне компетентной в этой сфере, и я была убеждена, что она обладает необходимыми навыками. Поэтому я пыталась выяснить, что мешает ей использовать те навыки, которые, по моему мнению, у нее были. Сузан продолжала настаивать на том, что она просто не знает, как говорить с боссом в определенных ситуациях. Хотя я по-прежнему верила, что у нее были необходимые навыки, однажды, будучи раздраженной и недовольной, я предложила Сузан ролевую игру. Я играла ее, она играла своего босса. После игры Сузан выразила удивление по поводу того, как я справилась с ситуацией. Она заметила, что такое решение ей и в голову не приходило. Она с готовностью согласилась использовать тот подход, который я смоделировала, в реальной жизни. На следующей неделе Сузан пришла и сообщила об успехе. Конечно, эта ситуация не могла служить доказательством того, что до ролевой игры у Сузан не было этих навыков. Возможно, ролевая игра несла информацию о социальных правилах поведения с начальниками; возможно, я просто «санкционировала» использование навыков, которые уже были у Сузан. Но я не могла исключить и той возможности, что ошибочно постулировала наличие у Сузан тех навыков, которые в соответствующей ситуации отсутствовали.

Воспринимаемая компетентность индивидов с ПРЛ может объясняться рядом факторов. Во-первых, компетентность индивида чрезвычайно изменчива и условна. Как выразился Т. Миллон (*Millon, 1981*), человек с ПРЛ «стабильно нестабилен». Наблюдатель ожидает, что проявление компетентности при определенных условиях является правилом, которое должно соблюдаться при всех подобных (с точки зрения наблюдателя) условиях, однако у индивидов с ПРЛ компетентность часто не генерализуется. Данные о ситуативно-специфичном научении свидетельствуют о том, что не следует ожидать частой генерализации поведения в разных ситуативных контекстах (см. обзор в: *Mischel, 1968, 1984*). Что делает пациентов с ПРЛ поистине уникальными, так это совместное действие зависимого от настроения научения и ситуативно-специфичного научения. В частности, поведенческие возможности, которые индивид проявляет в одном эмоциональном состоянии, в других состояниях часто отсутствуют. Более того, если пациент плохо контролирует свое эмоциональное состояние (чего следует ожидать от индивидов с неадекватной эмоциональной регуляцией), то он едва ли сможет применить свои поведенческие возможности на практике.

Второй фактор, обусловливающий воспринимаемую компетентность, связан с неспособностью пациентов с ПРЛ вразумительно сообщить о своей уязвимости значимым людям из их окружения, в том числе терапевту. Иногда индивид с ПРЛ автоматически подавляет невербальное выражение отрицательных эмоций, даже когда такое выражение адекватно и ожидается. Таким образом, в душе пациента может царить смятение, он может ощущать душевную

боль, и в то же время для наблюдателя его поведение может выражать спокойствие и контроль. Поведение пациента часто кажется компетентным и сообщает окружающим, что он чувствует себя нормально, контролирует свои эмоции. Эта воспринимаемая компетентность часто усиливается за счет того, что индивид заимствует и выражает позицию окружения (она заключается в убежденности: индивид будет демонстрировать устойчивую компетентность в схожих ситуациях). В определенном эмоциональном состоянии или контексте индивиду трудно прогнозировать свое поведение в различных ситуациях. Маска уверенности и компетентности легко вводит окружающих в заблуждение, представляясь адекватным отражением транситуативной реальности во всех или большинстве контекстов. Когда в другом эмоциональном состоянии или в другой ситуации индивид проявляет беспомощность, наблюдатель зачастую расценивает такое поведение как простую симуляцию беспомощности с целью привлечь внимание или досадить окружающим.

Такое сдерживание проявления отрицательных эмоций обусловлено, вероятно, последствиями социального научения в инвалидирующем окружении. Как описано в главе 2, такое окружение вознаграждает сдерживание отрицательных чувств. Акцент делается на достижениях, личном контроле, бесстрашии перед лицом трудностей [2]. Еще больше усугубляет проблему то, что большинство пациентов, по моим наблюдениям, не осознают того, что не сообщают окружающим о своей уязвимости. Возможны два варианта. Во-первых, индивид иногда вербально сообщает о том, что он переживает дистресс, однако его невербальные сигналы не подтверждают этого сообщения. Или же пациент может обсуждать болезненную для него тему и испытывать чрезвычайно сильный негативный аффект, но не сообщать (вербально или невербально) о своих переживаниях. В любом случае пациент обычно верит, что простого словесного описания его состояния, независимо от невербального выражения, вполне достаточно. Он может не осознавать того, что невербальное сообщение опровергает его слова. Во втором случае пациент полагает, что контекст как таковой сообщает достаточно для понимания окружающих. И если другие люди все-таки не могут его понять, пациент испытывает дистресс. Однако такая реакция наблюдателя вполне объяснима, поскольку большинство индивидов, сталкиваясь с противоречивыми вербальными и невербальными аффективными сигналами, склонны больше доверять невербальным.

У меня были пациенты, которые спокойным, ровным тоном говорили мне, как бы между прочим, что у них ужасная депрессия и они собираются покончить с собой. Или же пациентка может сообщать о том, что ее в очередной раз отвергли и что она в отчаянии, – и все это таким безразличным голосом, словно речь идет о погоде. Одна из моих пациенток, которая была не замужем и весила больше, чем допускают культурные нормы, неизменно впадала в уныние, когда говорила либо о своем лишнем весе, либо о своем одиночестве, но я бы никогда не догадалась, что ее это волнует, если бы не затронула этих тем. Пациентка настолько убедительно провозглашала свои феминистические взгляды, что это могло убедить меня в том, что она успешно усвоила уроки своего инвалидирующего культурного окружения. Обсуждение сексуального насилия часто сопровождается таким же эффектом.

Третий фактор, обусловливающий воспринимаемую компетентность, связан с реакцией индивида на межличностные отношения. Типичный пациент, с которым мне приходилось работать, по-видимому, проявляет эмоциональную и поведенческую компетентность при двух условиях: либо рядом физически присутствует поддерживающий, заботливый человек, либо пациент воспринимает свои отношения со значимым человеком как надежные, положительные и стабильные, даже когда тот лично рядом не присутствует. Возможно, именно поэтому пациенты с ПРЛ часто производят впечатление компетентных в присутствии терапевта; обычно последний заботится о пациенте и поддерживает его. Однако терапевтические отношения как таковые редко воспринимаются пациентами как надежные и стабильные, поэтому в отсут-

ствие терапевта его влияние слабеет. Хотя это может объясняться ошибкой эвокативной[23] памяти, как предполагает Г. Адлер (*Adler, 1985*), данное явление также может быть связано с менее надежным в целом характером терапевтических отношений. Действительно, для них характерно то, что они продолжаются в течение определенного периода, а затем прерываются. Многие пациенты с ПРЛ воспринимают окончание терапевтических отношений как преждевременное и резкое. Положительный эффект отношений не ограничивается исключительно индивидами с ПРЛ; любой человек действует успешнее, если у него есть стабильная система социальной поддержки (см. обзор в: *Sarason, Sarason, & Shearin, 1986*). Характерное отличие состоит в существенном различии между способностями пациентов в контексте поддерживающих отношений и вне его.

Неясно, почему отношения оказывают такое сильное влияние на этих индивидов. Здесь могут иметь большое значение несколько факторов. Нетрудно представить, какую роль в этом явлении может играть социальное научение. Если ребенок получает подкрепление за компетентность и уверенность на людях, а при другом поведении его изолируют от людей, тогда ребенок, естественно, может научиться быть компетентным и счастливым именно в присутствии других людей. Для индивида с нарушенной саморегуляцией, который вследствие этого зависит от регуляции со стороны окружения, одиночество может быть сопряжено с опасностью. Тревога, порождаемая отсутствием доступа к поддерживающим отношениям, может нарушить аффект индивида настолько, что возникнет цикл негативного аффекта, который в конце концов станет препятствовать компетентному поведению. Кроме того, хорошо известное явление – повышение эффективности деятельности в присутствии других людей (эффект социальной фасилитации, *Zajonc, 1965*) – может больше проявляться именно среди индивидов с ПРЛ.

Воспринимаемая компетентность может создать у других людей, включая терапевта, ошибочное представление, будто индивид с ПРЛ компетентнее, чем он есть на самом деле. Несоответствие производимого впечатления и действительного положения вещей обеспечивает поддержку инвалидирующему окружению. Отсутствие ожидаемой компетентности приписывается недостаточной мотивации, лени, притворству, манипуляциям или другим факторам, противоречащим фактическому опыту индивида. Таким образом, основное последствие пограничного синдрома проявляется в том, что он подкрепляет «обвинение жертвы» со стороны терапевта и других людей, а также заслоняет от них потребность индивида в помощи для приобретения новых поведенческих паттернов.

Диалектическая дилемма для пациента

Индивид с ПРЛ сталкивается с внешне неразрешимой дилеммой. С одной стороны, он испытывает огромные трудности с саморегуляцией аффекта и последующей поведенческой компетентностью. Он часто, хотя и несколько непредсказуемо, испытывает потребность в серьезной помощи, чувствует беспомощность и безнадежность, боится быть оставленным один на один с миром, в котором постоянно терпит неудачи. Не имея возможности прогнозировать и контролировать собственное благополучие, пациент зависит от своего социального окружения, которое должно регулировать его аффект и поведение. С другой стороны, пациент страдает от сильного стыда, вызванного зависимым поведением в обществе, которое не терпит зависимости, и научается подавлять выражения негативного аффекта и беспомощности, когда это возможно. Если пациент в хорошем настроении, он может проявлять высокую компетентность в самых различных ситуациях. Однако в хорошем настроении пациенту трудно прогнозировать собственные поведенческие способности в других эмоциональных состояниях, и у окружаю-

[23] От англ. *evocative* – навевающий чувства и воспоминания. – *Примеч. ред.*

щих создается ошибочное представление о способностях к совладанию со стрессом, превышающих реальные. Поэтому, несмотря на то что пациент с ПРЛ порой отчаянно нуждается в помощи, ему очень трудно адекватно просить о помощи или сообщить о своих потребностях.

Неспособность интегрировать или синтезировать понятия беспомощности и компетентности, контроля и бесконтрольности, потребности в помощи и отсутствия таковой может усугубить дистресс и дисфункциональное поведение. Вера пациента в то, что он достаточно компетентен, чтобы быть «успешным», при неудаче может привести к возникновению сильного чувства вины за предполагаемый недостаток мотивации. В другое время пациент может испытывать чрезвычайный гнев по отношению к людям из-за их непонимания и завышенных ожиданий. Как сильное чувство вины, так и сильный гнев могут привести к дисфункциональному поведению, включая суицид и парасуицид, направленному на ослабление болезненных эмоциональных состояний. Для индивида, который воспринимается окружающими как компетентный, суицидальное поведение подчас становится единственным средством сообщить о своей некомпетентности и потребности в помощи; т. е. суицидальное поведение есть не что иное, как крик о помощи. Такое поведение может также служить средством изменения нереалистичных требований окружающих – «доказательством» того, что индивид на самом деле не способен на то, чего от него ожидают.

Диалектическая дилемма для терапевта

Активная пассивность и воспринимаемая компетентность представляют диалектическую проблему и для терапевта. Терапевт, который замечает исключительно воспринимаемую компетентность индивида, может не только быть слишком требовательным в своих ожиданиях, но и нечувствительным к недостаточно выразительным сообщениям о страданиях и трудностях. Формируется инвалидирующее окружение. Особенно опасна тенденция объяснять отсутствие прогресса в терапии «сопротивлением», а не неспособностью пациента. Такая позиция, принимаемая некритически, не только противоречит валидации чувств индивида; она не позволяет терапевту обеспечить формирование у пациента необходимых навыков. Обычное, к сожалению, явление, когда пациент покидает психотерапевтический сеанс в нейтральном или даже позитивном эмоциональном состоянии (по мнению терапевта), а через несколько часов звонит и сообщает о планируемом самоубийстве, может быть результатом описанной выше модели.

Проблема может возникнуть также и в том случае, если терапевт не распозна́ет имеющихся у пациента возможностей и станет приписывать ему активную пассивность. Терапевт может ошибочно принять нарастание эмоциональности и потребностей пациента за серьезные дефекты. Иногда неспособность маскируется паникой. Естественно, избежать этой ловушки особенно трудно, если пациент требует снижения терапевтических ожиданий и больше помощи, угрожая в противном случае суицидом. Терапевт должен быть мужественным (и, я могла бы добавить, уверенным в себе), чтобы не поддаться пациенту при таких обстоятельствах. В подобной ситуации особую значимость приобретают поведенческие принципы формирования реакции, или шейпинга. Например, на ранних этапах терапии от клинициста может потребоваться способность «читать эмоции» пациента на основе лишь скудных обрывков информации, а также предвидеть проблемы в гораздо большей степени, чем на поздних стадиях, после усиления коммуникативных навыков пациента (подробнее об этом в главе – 8). Самое главное здесь в том, конечно, на каком этапе находится процесс формирования навыков в данный момент.

Разрыв цикла пассивной активности и активация участия пациента в терапевтическом процессе – задача, требующая времени. Ошибка, которой должен избегать терапевт, заключается в преуменьшении проблем пациента и преждевременном допущении, что пациент может самостоятельно справиться с трудностями. Такое допущение вполне понятно, если вспомнить

паттерн воспринимаемой компетентности. Эта ошибка, если она допущена, только повышает пассивность пациента; в любом случае он не способен действовать самостоятельно. В целом, чем больше терапевт минимизирует трудности, тем пассивнее склонен становиться пациент. Подчеркивание неизбежных трудностей изменения и одновременное требование прогресса может способствовать активности пациента. Роль терапевта заключается в том, чтобы сбалансировать способности и некомпетентность пациента с помощью гибкого чередования поддержки и принятия, с одной стороны, и конфронтационного подхода и требований изменений – с другой. Увещевания измениться нужно сочетать с неиссякаемым терпением.

Непрерывный кризис и сдерживаемое переживание горя

Непрерывный кризис

Многие пограничные и суицидальные индивиды находятся в состоянии постоянного, непрерывного кризиса. Хотя суицидальное, парасуицидальное и большинство других видов дисфункционального поведения осмысливаются в ДПТ как неадаптивные попытки решения жизненных проблем, правильнее будет рассматривать такое поведение как реакцию на состояние хронического мощного кризиса. Это состояние истощает силы индивида не столько из-за интенсивности отдельного стрессового события, сколько из-за высокой реактивности индивида и хронической природы стрессовых событий. Например, было бы легче справиться (теоретически, по крайней мере) с одновременной потерей работы, супруга/супруги, детей, а также сопровождающей эти события серьезной болезнью, чем совладать с теми же проблемами, возникающими последовательно, одна за другой. И. Берент (*Berent, 1981*) предположил, что повторяющиеся стрессовые события в сочетании с неспособностью полностью оправиться от отдельного такого события приводят к «ослаблению духа» и последующему суицидальному или другому «аварийному» поведению. В определенном смысле пациент уже не может вернуться к исходному эмоциональному состоянию перед тем, как испытает следующее потрясение. С точки зрения Г. Селье (*Selye, 1956*), индивид постоянно приближается к той фазе реакции на стресс, которую он назвал фазой истощения.

Такая неспособность вернуться к нормальному эмоциональному состоянию может быть результатом нескольких факторов. Как правило, индивид с ПРЛ одновременно и создает неблагоприятное для себя окружение, и контролируется им. Особенности темперамента усугубляют начальную эмоциональную реакцию индивида и снижают степень восстановления исходного эмоционального состояния после воздействия каждого нового стрессора. Неспособность переносить или ослаблять кратковременный стресс без генерирования дисфункционального поведения избегания создает дополнительные стрессоры. Неадекватные межличностные навыки приводят к межличностному стрессу и мешают разрешению большинства жизненных проблем. В равной мере неадекватная система социальной поддержки (инвалидирующее окружение) может усугублять неспособность человека контролировать отрицательные средовые события, это еще больше ослабляет его шансы на развитие необходимых навыков.

Например, женщина может быть объектом контроля склонного к насилию мужа и нескольких зависимых детей. У нее может не быть возможности, финансовой либо моральной, покинуть семью. Неэффективные навыки и неадекватная система социальной поддержки могут усугублять неспособность женщины контролировать отрицательные средовые события, а также препятствовать формированию новых навыков. Или, например, на рабочем месте женщины может формироваться такое окружение, которое недостаточно поощряет, но часто наказывает, однако по материальным соображениям эта женщина в обозримом будущем не сможет бросить свою работу. Большая занятость не позволяет ей развить навыки, которые помогли бы

найти более подходящую работу. Возникающий в результате этого хронический, непрерывный кризис в сочетании с изначальной низкой переносимостью стрессовых событий и неспособностью избежать их почти неминуемо приводит к восприятию возникающих впоследствии трудностей как непреодолимых.

Чувство неудержимого натиска возникающих проблем может быть ключом к пониманию часто возникающей у индивидов с ПРЛ тенденции (иногда даже пристрастия) к парасуицидальному поведению, суицидальным угрозам или другим формам импульсивного, дисфункционального поведения. И, как указывает И. Берент (*Berent, 1981*), последовательное ослабление духа может привести к завершенному суициду. Непостижимая, на первый взгляд, чрезмерная реакция на явно незначительные события, критику и потери становится понятной на фоне беспомощности пациента перед лицом хронического кризиса, который он переживает. Описанная выше модель активной пассивности указывает, что индивиды данной категории обычно неспособны справиться со стрессом без посторонней помощи. Оба эти паттерна – непрерывного кризиса и активной пассивности – лежат в основе частых, чрезмерных требований, предъявляемых к терапевту пациентами. Воспринимаемая компетентность приводит к нежеланию окружающих помогать индивиду. Если это нежелание распространяется даже на терапевта, непрерывный кризис развивается еще быстрее.

Непрерывный кризис обычно мешает планированию терапии. Критические проблемы меняются настолько быстро, что ни пациент, ни терапевт не могут эффективно с ними справиться. Из собственного опыта мне известно, что ориентированная на кризис жизнь индивидов с ПРЛ создает особые трудности для реализации намеченного терапевтического плана – фактически делает это почти невозможным. Это особенно касается тех случаев, когда терапевтический план включает обучение навыкам, которые непосредственно и очевидно не относятся к текущему кризису и не обещают немедленного эффекта. Направленное обучение навыкам индивидов с ПРЛ отчасти напоминает ситуацию, когда человека учат строить устойчивый дом в то время, когда бушует торнадо. Человек знает, что от торнадо лучше всего спасаться в подвале, спрятавшись под прочным дубовым столом; вполне понятно, когда пациент настаивает на том, чтобы переждать эмоциональный «торнадо» в «подвале».

Я провела много лет, пытаясь добиться эффективного применения поведенческой терапии, которая помогала другим категориям пациентов, в лечении парасуицидальных индивидов и пациентов с ПРЛ. Как правило, эти терапевтические стратегии требовали последовательного акцента на обучении определенным видам навыков, экспозиционной терапии[24], когнитивном реструктурировании или обучении самоуправлению. Однако я просто не могла заставить ни себя, ни моих пациенток следовать моим продуманным, структурированным терапевтическим планам дольше одной-двух недель. При столкновении с новыми и комплексными кризисами я повторно анализировала проблемы, пересматривала терапевтические планы или просто использовала время, отведенное на определенные терапевтические мероприятия, для решения более насущных проблем. Новые проблемы всегда казались более важными, чем прежние. Чаще всего я объясняла свою неспособность сделать терапию эффективной собственной неопытностью в поведенческой терапии или другими своими профессиональными недостатками. Однако спустя несколько лет я решила, что даже если проблема заключается в моем непрофессионализме, существует множество других терапевтов, столь же неумелых, как и я. Эта мысль подтолкнула меня к разработке ДПТ. Решением упомянутой дилеммы в ДПТ стало развитие модулей психообразовательной терапии для обучения специфическим поведенческим, когнитивным и эмоциональным навыкам. Хотя задача индивидуальной психотерапии заключается в том, чтобы помочь пациентам применить эти навыки в повседневной жизни,

[24] Экспозиционная терапия – техника поведенческой терапии, предполагающая контролируемое предъявление пациенту тех раздражителей или ситуаций, которые ассоциируются у него с фобическими реакциями. – *Примеч. ред.*

зачаткам этих навыков учат вне контекста обычной индивидуальной терапии. Мои коллеги и я обнаружили, что терапевту гораздо легче противостоять втягиванию в индивидуальный кризис, работая в групповом формате. Кроме того, пациентам, по-видимому, легче понять и вынести кажущееся отсутствие внимания к их личному кризису, если они объясняют это требованиями группового формата; отрицательные эмоции от инвалидации ослабляются. Однако группу не следует считать необходимым фактором. Может сработать любой формат, отличный от контекста стандартной индивидуальной психотерапии (когда пациенту дают понять: «Сейчас мы будем обучаться навыкам, сейчас не время бороться с кризисом»).

Еще одна терапевтическая проблема заключается в том, что зачастую и пациент, и терапевт легко могут заблудиться в лабиринте кризиса. Как только эмоциональное состояние пациента выходит из-под контроля, его кризис может усугубиться и стать настолько сложным, что ни он сам, ни терапевт не смогут сохранить внимание к первичному событию или проблеме. Частично эти трудности обусловлены тенденцией пациента зацикливаться на травматических событиях. Такое зацикливание не только продлевает кризис, но и порождает новые кризисы, связь которых с первоначальным часто не замечается. Пациент в таком состоянии чем-то напоминает переутомившегося ребенка на семейной загородной прогулке. Уставший ребенок начинает капризничать по малейшему поводу, плачет и устраивает истерики. Если родители пытаются справиться с каждым индивидуальным кризисом по отдельности, из этого будет мало толку. Гораздо эффективнее решить первичную проблему – дать ребенку отдохнуть. Подобным образом терапевт, работая с пограничными индивидами, должен помнить о первичном в определенной последовательности событии, обусловливающем эмоциональную уязвимость индивида; в противном случае внимание клинициста может быть отвлечено усиливающимися страданиями пациента, что отдалит его от главной проблемы.

Одна из моих пациенток, назову ее Лори, была крайне чувствительна к критике и неодобрению. Она выросла в неблагополучной семье: отец Лори имел буйный нрав и не мог контролировать свои эмоциональные вспышки. Если дети делали что-либо, чего он не одобрял, он впадал в ярость и нередко бил детей. К тому времени, когда Лори исполнилось 35 лет, типичный сценарий ее жизни выглядел следующим образом: на работе она принимала определенное решение и воплощала его в жизнь, а затем переживала, что ее начальнику это не понравится. После долгих размышлений о своем решении и возможном неодобрении начальника Лори отказывалась от своего плана из-за того, что ее первоначальное решение якобы было неверным. Потом она ругала себя за «глупость». Затем она могла поговорить со своими коллегами и прийти к выводу, что их совместный проект (не имеющий отношения к первому плану, от которого она отказалась) был безнадежен из-за ее когнитивной «неполноценности». После работы Лори обычно покупала спиртное, шла домой и напивалась, убеждая себя, что ей это все равно не повредит, поскольку у нее проблемы с головой. По этой причине у Лори были очень напряженные отношения с мужем. Утром, страдая из-за похмелья и неизбежного чувства вины, Лори могла неадекватно отреагировать на какой-нибудь вопрос мужа – например, об оплате университетского обучения дочери, и начинался безобразный скандал. Затем Лори приходила ко мне на прием и спокойно спрашивала, как ей лучше по ступить – найти другую работу или продать дом, потому что ее семье нужны дополнительные средства для образования детей. Все мои попытки решить этот частный кризис (недостаточно денег, чтобы заплатить за обучение в университете) сопровождались нарастанием эмоций.

Сдерживаемое переживание горя

Тенденция к постоянному кризису уравновешивается противоположной тенденцией к избеганию или сдерживанию переживания и проявления чрезвычайных, болезненных эмоциональных реакций. «Сдерживаемое переживание горя» относится к паттерну многократных,

значительных травм и утрат в сочетании с неспособностью к полноценному переживанию, интеграции или разрешению негативных событий. Кризис любого типа всегда подразумевает какие-либо утраты. Они могут быть вполне конкретными (например, смерть близкого человека, потеря состояния или работы, разрыв отношений) или прежде всего психологическими (например, утрата предсказуемости и контроля вследствие резких, неожиданных изменений в окружении или потеря надежды иметь заботливых, поддерживающих родителей после того, как индивид осознает их недостатки). Утрата может быть воспринимаемой (например, воспринимаемая утрата принятия со стороны окружающих, когда замечание другого человека воспринимается как критика). Накопление различных потерь может иметь двоякий эффект. Во-первых, значимая ранняя или неожиданная утрата может повысить чувствительность к последующим (*Brasted & Callahan, 1984; Osterweis, Solomon, & Green, 1984; Callahan, Brasted, & Granados, 1983; Parkes, 1964*). Во-вторых, многочисленные утраты могут привести к «надрыву тяжелой утраты» (*Kastenbaum, 1969*). Такое впечатление, что при этом подавляется сам процесс переживания горя. Как видно из моего описания этого феномена, сдерживаемое переживание горя во многом перекликается с посттравматическим стрессовым расстройством.

Как ПРЛ, так и парасуицидальное поведение связаны с историей одного или нескольких травматических событий (инцест, сексуальное насилие или принуждение, смерть одного из родителей либо братьев или сестер, пренебрежение родителей своими обязанностями) в раннем возрасте. Из некоторых обзоров исследований по этой теме (*Gunderson & Zanarini, 1989*) видно, что индивиды с ПРЛ переживают в детстве утрату родителей из-за развода или смерти, расставание с родителями, а также становятся объектами жестокого обращения или заброшенности в большей степени, чем другие категории психиатрических пациентов. Как я уже упоминала при описании характеристик инвалидирующего окружения (глава 2), особенно обращает на себя внимание устойчивая связь ПРЛ со случаями сексуального насилия в детском возрасте. Эти данные привели к выводу о том, что ПРЛ следует считать особым случаем посттравматического стрессового расстройства (*Ross, 1989*).

Нормальное переживание горя

Эмпирические исследования на тему нормального переживания горя скудны и обычно рассматривают последствия для индивида смерти близких людей. И все же можно выделить несколько явных этапов нормального переживания горя: 1) избегание, включая неверие, потерю чувствительности или шок; 2) постепенное осознание утраты, приводящее к сильной скорби, которая может сопровождаться тоской по утраченному и его поисками, различными болезненными физическими ощущениями и эмоциональными реакциями, навязчивыми образами и мыслями об утраченном, поведенческой и когнитивной дезорганизацией и отчаянием; 3) разрешение кризиса, реорганизация и принятие (обзор различных формулировок процесса переживания горя см. в: *Rando, 1984*). Переживание горя – чрезвычайно болезненный процесс, состоящий из различных эмоциональных, физических, когнитивных и поведенческих реакций. Хотя в своей полноте комплекс негативных реакций проявляется не у каждого индивида, следующие характеристики достаточно распространены для того, чтобы считать их составляющими «нормального переживания горя»: ощущение пустоты в желудке, сдавливание груди или «комок в горле», затрудненное глотание и дыхание, мышечная слабость, вялость, сухость во рту, головокружение, обмороки, ночные кошмары, бессонница, потеря резкости зрительного восприятия, высыпания на коже, потливость, нарушение аппетита, несварение желудка, рвота, учащенное сердцебиение, нарушение менструального цикла, головная боль, общая болезненность, деперсонализация, галлюцинации, сильные отрицательные эмоции (*Warden, 1982; Maddison & Viola, 1968; Rees, 1975*). Здесь важно отметить, что горе и переживание горя включают полный набор отрицательных эмоций – печаль, вину и самобичевание, тревогу и страх, одиночество и гнев.

Все социальные существа, включая людей, скорбят об утратах, в большей или меньшей степени. Вероятно, это явление имеет значение для выживания вида (*Averill, 1968*). Хотя в клинической практике бытует стойкое представление о необходимости скорби, переживания и преодоления утраты, мы не располагаем достаточными экспериментальными доказательствами такого мнения. К. Уортман и Р. Сильвер (*Wartman & Silver, 1989*) полагают, что существуют по крайней мере три распространенных паттерна адаптации к утрате. Некоторые индивиды переживают утрату так, как это описано выше. Довольно многочисленное меньшинство задерживается на стадии скорби и переживает сильные страдания значительно дольше, чем можно ожидать. Наконец, другие люди не выказывают сильных страданий, сопровождающих утрату, или сразу же после утраты, или впоследствии. По-видимому, у многих индивидов происходит адаптивный «обход» переживания горя.

Проблемы с переживанием горя у пациентов с ПРЛ

Пациенты с ПРЛ не относятся к тем индивидам, которые способны «обойти» переживание горя. Более того, они, по-видимому, не могут ни переносить, ни пройти этап интенсивных страданий. Вместо того чтобы переживать горе, достигая разрешения кризиса и принятия утраты, пациенты постоянно прибегают к реакциям избегания. Таким образом, сдерживание переживания горя у пациентов с ПРЛ усугубляет воздействие стрессовых событий и порождает порочный круг.

Сдерживаемое переживание горя у пациентов с ПРЛ вполне объяснимо. Люди способны к чрезвычайно болезненным переживаниям только в том случае, если уверены, что это однажды закончится, что они, так сказать, могут с этим «справиться». Пациенты с ПРЛ, по их словам, нередко чувствуют, что если они когда-нибудь заплачут, то уже не смогут остановиться. По опыту они знают, что неспособны контролировать или модулировать свои переживания. Фактически у пациентов с ПРЛ развивается страх переживания горя. Перед лицом подобной беспомощности и отсутствия контроля сдерживание и избегание раздражителей, ассоциирующихся с переживанием горя, не только понятно, но порой даже рационально. Однако сдерживание имеет определенные отрицательные последствия.

Значимый аспект патологического переживания горя – успешное избегание раздражителей, ассоциирующихся с утратой (*Callahan & Burnette, 1989*). Однако способность избегать все раздражители такого рода ограничена. Поэтому индивиды с ПРЛ заново открываются переживанию утраты, начинают скорбеть, автоматически подавляют этот процесс за счет избегания или отвлечения внимания от значимых раздражителей, и снова входят в процесс, замыкая круг. Воздействие раздражителей, ассоциирующихся с утратой и горем, длится недостаточно долго для того, чтобы достичь десенсибилизации (т. е. привыкания к ним и постепенного угасания ассоциирующихся с ними эмоций. – *Примеч. ред*.). Дж. Готье и У. Маршалл (*Gauthier & Marshall, 1977*) предположили, что такое кратковременное воздействие интенсивных раздражителей может создать ситуацию, аналогичную «феномену Напалкова». А. Напалков (*Napalkov, 1963*) обнаружил, что вслед за однократным сочетанием условного раздражителя и отрицательного безусловного раздражителя частые краткие предъявления одного условного раздражителя в его полной интенсивности производили заметное усиление условной реакции повышения кровяного давления. На основании этого наблюдения Г. Ю. Айзенк (*Eysenck, 1968, 1968*) разработал теорию когнитивной инкубации страха у людей. Как отмечают Готье и Маршалл, навязчивые мысли о своей утрате или травме, сопровождаемые попытками сдерживания этих мыслей, соответствуют условиям, которые Айзенк считал идеальными для инкубации дистрессовых реакций.

В. Волкан (*Volkan, 1983*) описывает интересное явление, так называемую укоренившуюся патологическую скорбь, напоминающую описываемый мною паттерн. При укоренившейся патологической скорби индивид хочет прекратить скорбеть и в то же время настойчиво пыта-

ется представить утрату как нереальную. Я постоянно наблюдала такую тенденцию у пациентов, которые в свое время резко прекратили терапию (по инициативе терапевта). Одна из моих пациенток была госпитализирована после суицидальной попытки. Терапевт посетил ее в клинике и сообщил, что психотерапия закончена и больше им незачем встречаться. После этого терапевт отказывался идти на контакт с пациенткой, не отвечал на ее звонки и письма и даже отказался говорить со мной или направить мне отчет, заявляя, что это даст пациентке безосновательные надежды. На протяжении первых двух лет работы со мной пациентка постоянно пыталась восстановить контакт с прежним терапевтом, часто убеждая меня в необходимости нашей встречи втроем. Она злилась на меня всякий раз, когда мои действия шли вразрез с его действиями. Снова и снова возобновлялось переживание горя, сопровождающееся соматическими, эмоциональными, когнитивными и поведенческими реакциями, в том числе суицидальным поведением, и в конце концов имела место попытка обойти дистрессовые реакции – пациентка предпринимала новые усилия для возобновления контакта с прежним терапевтом.

Хотя нам известно, что долгосрочное сдерживание переживания горя оказывает пагубное воздействие, не совсем понятно, почему полезно выражение эмоций, связанных с утратой и травмой. Дело может быть в том, что влияние раздражителей, ассоциирующихся с эмоциональной болью, приводит к угасанию или привыканию, в то время как постоянное избегание и недостаточное воздействие этих раздражителей мешает данному процессу. Существуют доказательства того, что если индивид говорит или пишет о травматических или стрессовых событиях (особенно если речь идет об эмоциях, возникающих вследствие этих событий), это приводит к ослаблению новых реакций, связанных с негативными событиями, улучшению физического здоровья и росту чувства собственного благополучия (см. обзор в: *Pennebaker, 1988*).

Задача терапевта при работе с пограничным пациентом заключается в том, чтобы помочь ему не избегать утрат и травматических событий, а также переживать и выражать переживание горя. Основной способ добиться этого – обсуждать отрицательные ситуации. Легче сказать, чем сделать, ведь зачастую пациент активно сопротивляется этому. Некоторые пациенты настаивают на обсуждении предыдущих травм, особенно жестокого обращения в детском возрасте, прежде чем они обретут способность обратить вспять соответствующее им эмоциональное сдерживание. Даже если терапевт успешно начинает обсуждение травмы или болезненной утраты, пациент часто замыкается и замолкает или односложно отвечает на вопросы. Например, мне редко доводилось встречать пациенток, которые продолжали бы разговор на определенную тему лишь до того момента, когда чувствовали, что вот-вот могут сорваться; из-за подступающих слез наша беседа обычно прекращалась и возобновлялась только тогда, когда пациент снова мог контролировать себя. Одна из моих пациенток, которую я назову Джейн, почти никогда не могла говорить на болезненные темы дольше одной-двух минут. Она сразу же закусывала губу, мышцы ее лица напрягались, она смотрела в сторону и сжималась в комок, и наша беседа прекращалась. Если другие терапевты, у которых Джейн лечилась прежде, замолкали и ждали, пока Джейн заговорит, она молчала и могла просидеть так целый час. Позже я узнала, что в таких ситуациях сознание Джейн отключалось либо ее захлестывал поток беспорядочных мыслей; Джейн чувствовала, что ей трудно дышать, и думала, что может умереть.

Когда конфронтация и убеждения продолжить разговор не работают, терапевт может поддаться следующей мысли: если действия пациента оказывают отрицательное влияние на клинициста, то, по всей видимости, пациент *хочет* добиться именно такого результата. Поведение пациента истолковывается как агрессия по отношению к терапевту или терапии (я уже упоминала о таком явлении в этой же главе, когда речь шла о гневе). (Видеозапись встречи с Джейн содержит те самые сцены отчуждения, которые некоторые специалисты расценили как активные агрессивные попытки.) Часто моя интерпретация подобного поведения как сдерживаемого переживания горя воспринималась скептически, как проявление наивности с моей

стороны. Порой мне кажется, что терапевты считают собственное разочарование и гнев безошибочными показателями мотивов пациентов. Опасность подобного подхода состоит в том, что он безусловно инвалидирует чувства пациента; таким образом, поддерживается окружение, воздействию которого пациент подвергался всю жизнь. Более того, пациент лишается помощи, которая ему крайне необходима.

Мой опыт показывает, что эффективнее сосредоточиться на специфических и конкретных видах поведения, которые пациент может применить для прекращения эмоционального сдерживания. Главное – серьезно отнестись к экспрессивным проблемам пациента и предложить ему ту помощь, в которой он нуждается. Например, в ситуации с Джейн я постепенно переходила от конкретных указаний (снять зеркальные очки, сесть ровно) до напоминаний о том, что нужно расслабить лицевые мышцы (когда видела, что они напряжены). Существует и другая опасность – довести такой подход до абсурда и отказываться признавать враждебные намерения и гнев даже тогда, когда они существуют. Главное в том, что наличие и характеристики факторов, влияющих на поведение, должны устанавливаться, а не предполагаться. Сдерживаемое переживание горя предлагает альтернативу интерпретации противоречивого поведения пациента как проявления враждебности по отношению к терапевту.

Диалектическая дилемма для пациента

На оси «непрерывный кризис – сдерживаемое переживание горя» пациент с ПРЛ фактически сталкивается с двумя дилеммами. Во-первых, ему трудно (если вообще возможно) подавить переживание горя по требованию и избегать воздействия раздражителей, ассоциирующихся с утратами и травмами, находясь в состоянии непрерывного кризиса. Во-вторых, хотя сдерживание переживания горя может быть эффективным средством кратковременного облегчения эмоциональных страданий, оно не слишком эффективно для обеспечения социальной поддержки пациента и не дает долговременного успокоения. Наоборот – избегание, характерное для сдерживаемого переживания горя, часто проявляется в таких формах импульсивного поведения, как злоупотребление спиртными напитками, лихачество за рулем, расточительство, беспорядочные сексуальные связи и разрыв отношений. Подобное поведение способствует возникновению нового кризиса. Таким образом, индивиды с ПРЛ колеблются от одного полюса к другому: они то чрезвычайно уязвимы для кризисных событий, то подавляют все аффективные реакции, связанные с кризисом. Основная проблема здесь в том, что с интенсификацией переживаний в каждой крайней точке индивиду все труднее и труднее возвращаться назад.

Диалектическая дилемма для терапевта

Диалектическая дилемма для терапевта состоит в том, чтобы сбалансировать свои реакции на изменчивый характер страданий пациента – от острого кризиса и мощного аффекта до полного сдерживания чувств. Интенсивная реакция терапевта на любое проявление этих крайностей может стать толчком, который отбросит пациента к противоположному полюсу. Задача терапевта – во-первых, помочь пациенту осознать паттерн своего реагирования, во-вторых, дать ему реальную надежду на то, что он сможет переживать горе. Для этого терапевт должен обучать пациента навыкам переживания горя, в том числе стратегиям совладания, необходимым для успешного принятия утраты и адекватной реорганизации жизни.

В то же время терапевт должен обеспечить валидацию и поддержку чувств пациента, а также трудностей, вызванных непрерывным кризисом. Понимание без оказания конкретной помощи в разрешении кризиса может, несомненно, доставить еще больше страданий, чем отсутствие внимания. Однако та помощь, которую может предложить терапевт, требует от пациента конфронтации с кризисом, а не избегания. Синтез, к которому стремится терапевт, –

способность пациента и глубоко переживать горе, и выйти из этого состояния; конечная цель для пациента – строить и перестраивать свою жизнь в свете новой реальности.

Заключение

В данной главе, как и в двух предыдущих, я описываю теоретические основы ДПТ. Многие полагают, что теория не связана с практикой. В чем нуждаются многие терапевты, так это в конкретных советах – что именно делать и когда. Оставшиеся главы этой книги – попытка предоставить именно такую помощь, воплотить теорию в практике. Однако ни одно руководство по терапии не может предусмотреть все ситуации, с которыми вам придется столкнуться в вашей работе. Поэтому нужно достаточно хорошо знать теорию, чтобы найти индивидуальный терапевтический подход к каждому пациенту. Цель теории – дать вам адекватный способ восприятия пациента, способ понимания его эмоциональных переживаний и отношений между ними, даже если вы сами не имели подобных переживаний. Теория также призвана обеспечить концептуализацию трудностей пациента, которая поможет вам не терять надежду, когда клиническая ситуация выглядит безнадежной, и сориентировать вас в поиске новых терапевтических решений, когда вы в них будете нуждаться.

Примечания

1. Отто Кернберг – один из выдающихся ученых, считающих чрезмерный гнев ключевым фактором развития ПРЛ. Когда я предложила свою гипотезу половой обусловленности, чтобы разъяснить наше несогласие по этому поводу, Кернберг возразил, что многими из его учителей были женщины.

2. Иногда сдерживание выражения чувств может функционировать в качестве стратегии эмоционального контроля. Альтернативное объяснение «воспринимаемой безэмоциональности» некоторых пациентов с ПРЛ может заключаться в том, что недостаточная невербальная экспрессивность либо определенных эмоций, либо некоторых уровней возбуждения является результатом конституциональных (т. е. биологических) переменных. Если положение вещей действительно таково, это может быть важным провоцирующим фактором, ведущим к инвалидации окружением чувств индивида в его раннем возрасте.

Часть II. Обзор терапии и ее цели

Глава 4. Обзор терапии: кратко о целях, стратегиях и допущениях

Важные шаги в терапии

Если говорить кратко, ДПТ очень проста. Вместо того чтобы обвинять пациента, терапевт создает валидирующий контекст, в рамках которого блокирует или устраняет «плохое» поведение, «извлекает» из пациента «хорошее» и находит способ сделать последнее настолько подкрепляемым, что пациент придерживается его и отказывается от «плохого» [1].

В самом начале составляется список «плохих» и «хороших» видов поведения (по степени важности). Решимость (пусть даже вполсилы) стремиться к достижению поведенческих целей ДПТ – обязательное требование к пациенту. Обязательные характеристики терапевта – сострадание, настойчивость, терпение, вера в действенность терапии, превосходящая убеждение пациента в ее неэффективности, а также некоторая готовность к риску. Чтобы решить эти задачи, нужно предпринять определенные действия, которые обсуждаются ниже.

Подготовка: как привлечь внимание пациента

Обсуждение целей и ориентация пациента на терапию

Крайне важно добиться согласия относительно целей и общих терапевтических процедур между терапевтом и пациентом еще до начала терапии. На этом этапе терапевт должен привлечь внимание пациента и добиться его заинтересованности. ДПТ придает большое значение порядку и важности различных терапевтических целей (подробнее об этом – в главе 5). На первом месте – суицидальное, парасуицидальное и другие виды поведения, опасные для жизни человека. Второе место занимают типы поведения, препятствующие терапевтическому процессу. На третьем месте по важности – проблемы, которые исключают возможность достижения приемлемого качества жизни. На всем протяжении терапии пациент обучается использованию навыков совладания со стрессом, которые должны заменить привычные, дисфункциональные реакции. Четвертая из важнейших задач – стабилизация этих поведенческих навыков. Как только в этих сферах достигается некоторый успех, на первое место по важности выходит задача снятия посттравматического стресса, а вслед за этим – помощь пациенту в достижении устойчивого принятия собственных чувств и самоуважения.

Пациенты, которые не обязуются работать над ослаблением суицидального и парасуицидального поведения, межличностных стилей, препятствующих терапии, а также над развитием поведенческих навыков, не подлежат лечению. (По мере терапевтического прогресса необходимо согласие пациента работать над достижением следующих целей ДПТ.) Будущих пациентов знакомят с другими аспектами терапии, включая способы ее проведения и основные правила. Пациенты, которые не принимают минимальных требований (описанных ниже в этой же главе), не подлежат терапии. Если программа, в рамках которой осуществляется терапия, не предусматривает юридической или этической возможности отказать пациенту, необходимо создать «программу в программе», которая обеспечила бы такую возможность. Пациентам напоминают о предварительных обязательствах соблюдать условия ДПТ всякий раз, когда

они пытаются нарушить или изменить правила. Также и пациент имеет право напоминать клиницисту о его обязательствах относительно терапии.

Установление отношений

Терапевт с самого начала должен работать над установлением прочных, положительных межличностных отношений с пациентом. Это крайне важно, поскольку отношения с терапевтом подчас выступают единственным подкреплением, которое помогает индивиду с ПРЛ управлять собой и изменять поведение. Что касается пациентов с высокой суицидальностью, иногда именно отношения с терапевтом остаются единственной ниточкой, которая связывает их с жизнью. Наконец, подобно многим школам психотерапии, ДПТ исходит из допущения, что опыт искреннего принятия, внимания и заботы со стороны терапевта имеет самостоятельную ценность, не говоря уже о переменах, которые достигаются в результате терапии (*Linehan, 1989*). Вы мало чего добьетесь в ДПТ, не сформировав необходимых отношений.

Как только отношения установлены, терапевт начинает приучать пациента к мысли о том, что правила изменились. Если до этого пациент мог полагать, что в случае улучшения ему придется расстаться с терапевтом, то теперь ему дают понять, что без улучшений это произойдет намного быстрее: «Неэтично продолжать неэффективную терапию». Диалектическую поведенческую терапию называли «терапией шантажа»: терапевт предлагает пациенту качественные отношения, пытаясь добиться от него улучшения поведения. Если терапевт не может достичь определенного межличностного влияния, необходимого для стимуляции изменений, то круг участников терапевтического процесса следует расширить, включив в него лиц, обладающих требуемым влиянием. Например, когда дело касается подростков, может возникнуть необходимость в семейной терапии.

Важность соблюдения диалектических принципов

Основное диалектическое напряжение в ДПТ создается между изменением и принятием. Парадокс заключается в том, что терапевтические изменения могут иметь место только в контексте принятия существующего положения; однако «принятие существующего положения» как таковое – уже изменение. Поэтому ДПТ требует, чтобы терапевт уравновешивал изменение и принятие при каждом взаимодействии с пациентом. Стратегии ДПТ можно классифицировать по их тяготению к диалектическим полюсам изменения либо принятия. Еще один аспект диалектического напряжения – чередование контроля и свободного режима. Терапевт контролирует терапию (а иногда и пациента), чтобы помочь пациенту в конце концов добиться свободы и самоконтроля. Соблюдение диалектических принципов также требует от терапевта моделирования и подкрепления диалектических стилей реагирования. Осуществляется конфронтация поведенческих крайностей (эмоциональных, когнитивных либо внешних реакций), происходит обучение новым, более диалектически сбалансированным реакциям.

Применение основных стратегий: валидация и решение проблем

Основа терапии – применение стратегий решения проблем, сбалансированных стратегиями валидации. Это те «качели», с которыми я сравнивала терапевтический процесс в главе 1. С позиции пациента неадаптивное поведение часто выступает средством решения проблем, разрешения или устранения которых он желает. Однако с точки зрения терапевта именно неадаптивное поведение как таковое представляет собой проблему, которую необходимо разрешить.

Валидация

Существует два вида валидации. Что касается первой разновидности, терапевт находит смысл, правильность или ценность в эмоциональных, когнитивных или внешних реакциях индивида. Очень важный момент здесь заключается в выделении этих поведенческих реакций, их составляющих и паттернов, имеющих смысл в контексте текущих, соотнесенных с ними событий. Главный смысл эмоциональных страданий и неадаптивного поведения у индивидов с ПРЛ состоит в непринятии собственных чувств. Таким образом, терапевтические изменения не могут быть достигнуты без принятия пациентом собственных чувств. Лечение, направленное исключительно на изменение пациента, не обеспечивает пациенту валидации. Второй тип валидации относится к ви́дению и вере терапевта во внутреннюю способность пациента выбраться из того непрерывного страдания, в которое превращается его жизнь, и построить новую, достойную жизнь. В ДПТ терапевт находит сильные стороны пациента и делает ставку на них, а не на его слабости. Терапевт верит и в терапию, и в пациента.

Решение проблем

Основные стратегии изменений – те, которые относятся к решению проблем. Этот набор стратегий включает: 1) проведение поведенческого анализа соответствующего проблемного поведения; 2) анализ решения с поиском альтернативных поведенческих решений; 3) ориентацию пациента на предложенное решение; 4) достижение решимости пациента следовать рекомендуемым терапевтическим процедурам; 5) применение терапии.

Поведенческий анализ заключается в пошаговом анализе, направленном на определение событий, вызывающих неадаптивное поведение либо способствующих ему, а также функциональном анализе для определения возможных стрессовых ситуаций, подкрепляющих неадаптивное поведение. Процесс и результаты поведенческого анализа подводят к анализу метода решения: терапевт и (желательно) пациент находят альтернативные поведенческие реакции и разрабатывают терапевтический план, направленный на изменение соответствующих поведенческих проблем. При этом решаются следующие вопросы.

1. Обладает ли индивид потенциальной возможностью реагировать более адаптивно и сделать свою жизнь более приемлемой? Если нет, то какие поведенческие навыки для этого необходимы? Эти вопросы фокусируют внимание на процедурах обучения навыкам. Выделяют пять категорий навыков: «основные» навыки психической вовлеченности, перенесение дистресса, эмоциональная регуляция, межличностная эффективность и самоуправление. (Подробнее об этих навыках говорится в главе 5.)

2. Какие именно имеются подкрепляющие стрессовые ситуации? Можно ли считать проблему результатом подкрепляющих последствий неадаптивного поведения либо отрицательных или нейтральных последствий адаптивного поведения? В любом случае разрабатываются процедуры управления этими факторами. Задача состоит в том, чтобы добиться положительного подкрепления «хорошего» поведения, отрицательного подкрепления или устранения «плохого» поведения и усвоения пациентом новых правил.

3. Если адаптивное поведение решения проблем существует, то сдерживается ли его применение чрезмерным страхом или чувством вины? Страдает ли пациент эмоциональной фобией? Если да, показана экспозиционная терапия.

4. Если адаптивное поведение решения проблем существует, то сдерживается или затрудняется его применение ошибочными представлениями и допущениями? Если да, то показано применение программы когнитивной модификации.

В большинстве случаев поведенческий анализ выявит дефицит навыков совладания со стрессом, подкрепление стрессовых ситуаций, возникающее вследствие страха и чувства вины сдерживание эмоций, а также ошибочные представления и допущения. Соответственно, возникнет необходимость в терапевтической программе, включающей обучение навыкам совладания со стрессом и управления кризисными ситуациями, экспозиционные стратегии и когнитивную модификацию. Однако поведенческая цель каждой стратегии зависит от результатов поведенческого анализа.

Уравновешивание межличностных стилей коммуникации

ДПТ сочетает и уравновешивает два разных межличностных коммуникативных стиля: «негативный» и «реципрокный» (от лат. *reciprocus* – взаимный. – *Примеч. пер.*). Негативная коммуникация рассчитана на то, чтобы заставить пациента, образно выражаясь, «сойти с рельсов». Реакции терапевта кажутся не соответствующими сообщениям пациента, иногда пациенты считают реакции терапевта «странными», поскольку терапевт переносит рассматриваемую проблему в новый контекст, отличающийся от привычного контекста, используемого пациентом. Основная идея заключается в том, чтобы вывести пациента из состояния равновесия и перенастроить баланс. Реципрокная коммуникация, наоборот, подразумевает душевное тепло, эмпатию и отзывчивость терапевта. Сюда входит и терапевтическое самораскрытие, применяемое терапевтом, чтобы смоделировать совладание с проблемами и нормативные реакции на повседневные ситуации.

Сочетание стратегий консультирования пациента и средовых интервенций

ДПТ характерна тем, что в ней отдается предпочтение подготовке пациента к самостоятельному управлению своими делами (подход консультирования пациента). Смысл этого подхода заключается в том, что вместо интервенций, преследующих цель разрешить проблемы за пациента или координации лечения с другими профессионалами, специалист по ДПТ учит пациента самостоятельно справляться с проблемами. Такой подход непосредственно вытекает из веры терапевта в пациента. Проблемы и неуместные действия других специалистов (даже если они входят в терапевтический коллектив ДПТ) рассматриваются как возможности для обучения. Стратегии консультирования пациента составляют основную часть методов в ДПТ. Средовые интервенции с целью изменений, разрешения проблем или координации терапии в интересах пациента применяются вместо стратегий консультирования пациента и для их уравновешивания, если 1) результат крайне важен и 2) пациент явно не обладает возможностью достичь его.

Терапия терапевта

Работа в рамках ДПТ может быть чрезвычайно трудной для терапевта, имеющего дело с пограничными индивидами. Важный аспект ДПТ – терапия для самого специалиста посредством супервизии, обсуждения клинических случаев и с помощью терапевтического коллектива. Функция консультативной группы по обсуждению клинических случаев заключается в том, чтобы удержать терапевта в рамках терапии. Предположение, что терапия пациентов с ПРЛ должна осуществляться в индивидуальном порядке, вне коллектива, по меньшей мере рискованно. Терапия терапевта – неотъемлемая составляющая ДПТ.

Формы терапии

Я использую термин «формы», имея в виду различные компоненты терапии, которые в совокупности составляют ДПТ, а также способы их применения. В принципе, ДПТ может осуществляться с помощью любой формы терапии. В рамках нашей исследовательской программы, направленной на выявление валидности ДПТ как амбулаторной терапии, работа осуществлялась в четырех основных формах, применяемых одновременно: индивидуальная психотерапия, групповой тренинг навыков, телефонное консультирование и консультация по отдельным клиническим случаям для терапевтов. Кроме того, большинство пациентов получали дополнительную терапию. В зависимости от условий применения (например, частная практика или стационарное лечение в клинике) может возникнуть необходимость в развертывании этих форм терапии или, наоборот, в их сокращении.

Индивидуальная амбулаторная психотерапия

В «стандартной» диалектической поведенческой терапии (т. е. первоначальной версии ДПТ) каждым пациентом занимается индивидуальный терапевт – член терапевтического коллектива, закрепленный за данным пациентом. Все прочие формы терапии так или иначе связаны с индивидуальной. Индивидуальный терапевт отвечает за помощь пациенту в подавлении неадаптивного, пограничного поведения и за его замену адаптивными, полезными реакциями. Терапевт, занимающийся индивидуальной психотерапией, пристально следит за мотивационными моментами, включая личные и средовые факторы, сдерживающие эффективное поведение, вызывающие и подкрепляющие неадаптивное поведение.

Сеансы индивидуальной амбулаторной психотерапии обычно проводятся раз в неделю. На начальном этапе работы и в периоды кризисов терапия может проводиться дважды в неделю, как правило, только по сокращенной программе, хотя для некоторых пациентов такой режим даже предпочтительнее. Сеансы обычно продолжаются от пятидесяти – шестидесяти до девяноста – ста десяти минут. Более длительные сеансы (так называемые «двойные сеансы») проводятся с пациентами, которым трудно эмоционально «разогреться» и затем «остыть» за более короткое время. Продолжительность сеанса может меняться на протяжении всего периода лечения в зависимости от конкретных терапевтических задач, которые необходимо решить. Например, обычный психотерапевтический сеанс может длиться шестьдесят минут, однако когда планируется терапевтическая экспозиция пациенту раздражителей, ассоциирующихся с перенесенным насилием, для сеанса может отводиться больше времени – девяносто – сто двадцать минут. Или же на какой-то период времени может планироваться один двойной сеанс и обычный сеанс (или один сокращенный сеанс для «проверки»). Непосредственно во время психотерапевтического сеанса клиницист может принять решение о его продолжении или сокращении, чтобы подкрепить терапевтическую «работу» пациента или наказать избегание. Если нельзя продлить сеанс из-за возможных накладок в расписании, можно в удобное время того же дня провести телефонную консультацию или назначить встречу на следующий день. Уместно также назначать встречи с пациентами, которые часто нуждаются в более длительных сеансах, на конец рабочего дня. Основная идея в том, чтобы продолжительность сеанса соответствовала насущным терапевтическим задачам, а не определялась настроением пациента или клинициста. Иногда от терапевта требуется творческий подход к решению проблем.

В условиях клинического лечения или научного эксперимента закрепление пациентов с ПРЛ за определенными терапевтами может быть сопряжено с особыми трудностями. Многие индивиды с ПРЛ имеют опыт «неудачных» терапевтических отношений, у них формируются устойчивые представления о том, каким человеком должен быть их терапевт. У терапевтов могут быть в равной мере устойчивые представления о тех качествах, которыми должны обладать их будущие пациенты. Многие пациентки, ставшие жертвами сексуального насилия, пред-

почитают, чтобы с ними работали специалисты-женщины. В нашей клинике во время приемного интервью мы предоставляем будущим пациентам информацию о том, какие терапевты у нас работают, и интересуемся предпочтениями наших клиентов. Индивидуальный терапевт закрепляется за каждым пациентом после изучения терапевтическим коллективом результатов приемного интервью, истории болезни и жалоб каждого индивида. Хотя я поддерживаю идею о беседе пациента и терапевта для принятия информированного решения о совместной работе, в нашей клинике такая процедура неосуществима. Вместо этого проводится несколько структурированных сеансов, чтобы каждый пациент и терапевт могли решить, способны ли они к сотрудничеству. Пациент может попросить, чтобы за ним закрепили другого терапевта, если он на то согласен. Однако пациент не сможет участвовать в других элементах терапевтической программы, если откажется от индивидуальной терапии с одним специалистом и не наладит терапевтического альянса с другим (как в нашей клинике, так и вне ее).

Тренинг навыков

Все пациенты в первый год терапии должны пройти структурированный тренинг навыков. Из личного опыта мне известно, что в контексте индивидуальной психотерапии, направленной на снижение мотивации суицидального и других видов пограничного поведения, тренинг навыков у пациентов с ПРЛ представляет чрезвычайные трудности. Необходимость в кризисных вмешательствах и постоянном внимании к другим важным проблемам обычно исключает возможность тренинга навыков. Нелегко обеспечить и достаточное внимание к мотивационным факторам в контексте лечения с жестким контролем терапевтической программы, что необходимо для тренинга навыков. Решением этой проблемы в стандартной ДПТ стало разделение терапии на две составляющие; они либо проводятся разными терапевтами, либо применяются одним и тем же клиницистом, но в разных формах. Что касается нашей программы, пациенты не могут проходить тренинг навыков без сопутствующей индивидуальной психотерапии. Индивидуальная психотерапия необходима для того, чтобы помочь пациенту интегрировать приобретенные навыки в повседневную жизнь. Среднестатистический индивид с ПРЛ не может заменить дисфункциональные, пограничные стили совладания эффективным поведенческим совладанием, если не пройдет интенсивной индивидуальной подготовки.

Тренинг навыков в ДПТ проводится в психообразовательном формате. В рамках нашей программы он обычно осуществляется в открытых группах, которые встречаются раз в неделю, встреча длится от двух до двух с половиной часов. Возможны и другие форматы. В некоторых клиниках проводятся два сеанса в неделю, по часу каждый (один час для анализа домашних заданий, второй – для подачи материала). В больших клиниках может проводиться одна общая встреча в неделю для предоставления нового материала и одна еженедельная встреча многочисленных малых групп для анализа домашних заданий. В небольших клиниках и у частных психиатров группы могут быть малочисленными, а встречи более короткими.

Хотя мои коллеги и я обычно включаем в группу от шести до восьми пациентов, минимальное количество участников группы – два человека. Пациент, который по определенным причинам не имеет возможности посещать групповые занятия, может проходить индивидуальный тренинг навыков. По собственному опыту могу сказать: лучше, когда индивидуальным тренингом навыков занимается другой специалист; в противном случае наблюдается тенденция (которой лично мне, например, трудно сопротивляться) превращать тренинг навыков в индивидуальную психотерапию. Если индивидуальный терапевт все же превращает тренинг навыков в психотерапию, следует проводить отдельные сеансы, жестко структурированные для тренинга навыков.

Программа последовательного тренинга навыков описана в «Руководстве по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности».

Поддерживающая групповая психотерапия

После завершения тренинга навыков пациенты в моей программе могут по желанию присоединиться к поддерживающим терапевтическим группам; эти группы открыты и действуют постоянно. Обычно пациенты присоединяются к группам временно, но могут возвращаться в группу, если есть необходимость. Исключение составляют наиболее продвинутые группы, в которых групповая психотерапия может стать первичной формой долгосрочной терапии для некоторых пациентов. Ведение таких групп подробнее описывается в «Руководстве по тренингу навыков…».

Хотя я не собирала эмпирических данных по этому вопросу, вполне вероятно, что описанная выше индивидуальная психотерапия может дублироваться в контексте групповой психотерапии. В таком случае групповая ДПТ дополняет или замещает индивидуальную.

Телефонное консултирование

Важная составляющая ДПТ – телефонное консультирование с индивидуальным терапевтом в промежутках между психотерапевтическими сеансами. Это объясняется несколькими причинами. Во-первых, многим суицидальным индивидам и пациентам с ПРЛ чрезвычайно трудно адекватно выразить свою потребность в помощи. Некоторым мешает страх, стыд или убеждение в том, что они не заслуживают помощи либо их потребности «неправильные»; вместо этого они могут прибегать к парасуицидальному поведению или другим видам кризисного поведения как «крику о помощи». Другим пациентам не трудно просить о помощи, но они делают это в такой требовательной или оскорбительной манере, что потенциальные субъекты помощи чувствуют себя объектами манипуляций; пациенты могут использовать и другие неэффективные стратегии. Телефонные консультации рассчитаны на то, чтобы обеспечить благоприятные условия для изменения этих дисфункциональных паттернов. Во-вторых, пациенты часто нуждаются в помощи для интеграции поведенческих навыков ДПТ в их повседневную жизнь. Суицидальные пациенты часто нуждаются в большем объеме терапевтического общения, чем может быть предоставлено в рамках одного индивидуального сеанса (и тем более в рамках одного группового занятия по формированию навыков) в неделю, особенно во время кризиса, когда они не могут справиться с возникающими проблемами без посторонней помощи. В ходе телефонной консультации пациент может получить соответствующие указания терапевта, необходимые для генерализации навыков. В-третьих, проведение телефонной консультации непосредственно после конфликтных ситуаций дает пациентам возможность восстановить атмосферу доверительных терапевтических отношений, не дожидаясь следующей личной встречи с терапевтом.

В программах дневного стационара, в стационарных психиатрических отделениях и резиденциальных учреждениях (к таковым относятся пансионаты, временные приюты, дома для престарелых, санатории и т. п. – *Примеч. ред.*) телефонные консультации в какой-то степени могут заменяться общением с персоналом среднего звена. При амбулаторном лечении телефонным консультированием в рамках ДПТ иногда могут заниматься другие терапевты. Это особенно соответствует первым двум целям телефонной консультации (обучение тому, как правильно просить о помощи и принимать ее, а также обучение генерализации навыков).

Консультации по отдельным клиническим случаям

Нет никаких сомнений: лечение пациентов с ПРЛ для терапевта сопряжено с сильным стрессом. Многие терапевты быстро «выгорают». Другие (из-за своей близорукости, я полагаю) демонстрируют ятрогенное поведение. Как видно из следующего раздела, одна из посылок

ДПТ заключается в том, что у терапевтов часто наблюдается проблемное поведение, которое пациент ставит ему в вину. Такое поведение терапевта вполне объяснимо. Пациенты с ПРЛ создают чрезвычайные трудности для терапевта, требуя немедленного облегчения их страданий; терапевт иногда испытывает сильное давление, заставляющее его производить серьезные (и подчас резкие) изменения в лечении, даже если оно могло быть эффективным при более длительном применении. Подчас терапевт реагирует на это давление прямо противоположным образом, отказываясь вносить какие-либо изменения. Если ни один из этих подходов не помогает и страдания пациента не прекращаются, терапевт может перейти к «обвинению жертвы». Стресс, сопровождающий лечение высокосуицидальных пациентов, может привести к формированию циклического паттерна: удовлетворение, сопровождающееся наказанием, которое в свою очередь сопровождается примирением, и т. д.

Проблемы, связанные с осуществлением терапии, решаются на консультативных встречах специалистов, практикующих ДПТ. В этих встречах принимают участие все терапевты (как индивидуальные, так и групповые), использующие диалектическую поведенческую терапию для лечения индивидов с ПРЛ. Подобно требованию об обязательном тренинге навыков для пациентов, специалисты по ДПТ должны проходить супервизию или консультирование у опытных специалистов, индивидуально или в группе (лично я предпочитаю последнее). В первый год терапии как групповые, так и индивидуальные терапевты должны посещать одни и те же встречи. В амбулатории, в дневном стационаре или в стационарном отделении, где применяется ДПТ, все члены терапевтического коллектива должны посещать одни и те же встречи. Консультативные встречи для терапевтов проводятся раз в неделю.

Вспомогательное лечение

Пациентам с ПРЛ иногда недостаточно еженедельных сеансов индивидуальной психотерапии, тренинга навыков и телефонных консультаций. Например, некоторые пациенты могут нуждаться в фармакотерапии, дневном стационаре, профессиональном или семейном консультировании, срочной госпитализации и т. д. Многие также могут присоединяться к таким общественным организациям, как «Анонимные алкоголики». ДПТ не запрещает дополнительного профессионального или непрофессионального лечения.

Если вспомогательное лечение осуществляется клиницистом, который регулярно посещает консультативные встречи и применяет методы ДПТ, то ДПТ интегрирует его в качестве одной из составляющих. Хотя я не составляла протоколов ДПТ для этих дополнительных компонентов, такие протоколы, основанные на принципах ДПТ, могут (и должны) быть разработаны. Например, в настоящее время ДПТ адаптируется для дневного стационара, а также для кризисных программ и долгосрочных стационарных программ (*Barley et al., in press*). Как правило, вспомогательное лечение осуществляется клиницистами, работающими в русле других теоретических направлений. Но даже если оно проводится специалистом по ДПТ, он может не иметь условий для регулярных консультаций с терапевтическим коллективом. В этом случае проводимое этим терапевтом лечение рассматривается как дополнительное по отношению к основной ДПТ. Имеются особые протоколы для дополнительного использования фармакотерапии и кризисной госпитализации; они описаны в главе 15. Принципы взаимодействия специалистов по ДПТ со специалистами, осуществляющими вспомогательное лечение, обсуждаются в главе 13.

Допущения относительно индивидов с ПРЛ и терапии

Самое главное, что нужно учитывать при рассмотрении допущений, – это то, что они всего лишь посылки, а не факты. Тем не менее принятие допущений, описанных ниже, и дей-

ствия в соответствии с ними могут пригодиться при терапии пациентов с ПРЛ. Эти принципы составляют контекст терапевтического планирования.

1. Пациенты делают все возможное

Первое философское допущение ДПТ заключается в том, что все люди в любой момент времени делают все, на что они способны. Мой опыт показывает, что пациенты с ПРЛ обычно прилагают отчаянные усилия, пытаясь измениться. Однако зачастую эти усилия не сопровождаются каким-либо ощутимым успехом, да и старания пациентов добиться контроля над своим поведением, как правило, не особенно заметны. Поскольку поведение пациентов часто невыносимо для окружающих, необъяснимо и не поддается контролю, очень соблазнительно предположить, что индивиды с ПРЛ не прилагают никаких усилий. Иногда сами пациенты, когда их спрашивают, говорят, что недостаточно старались. Эти пациенты приняли социальную интерпретацию своих поведенческих проблем. Тенденция многих терапевтов побуждать пациентов к бóльшим усилиям или давать понять пациентам, что они не стараются должным образом, может стать для последних весьма тяжелым опытом инвалидации. (Это, однако, не говорит о том, что в рамках продуманной и обоснованной стратегии терапевт не должен использовать подобного рода утверждений для воздействия на пациента.)

2. Пациенты хотят изменений к лучшему

Второе допущение вытекает из первого и перекликается с выводом, к которому приходят терапевты, работающие с суицидальными индивидами: если они взывают о помощи, значит, они хотят жить. Иначе зачем просить о помощи? Пациенты с ПРЛ настолько привыкли слышать, что их поведенческие неудачи и трудности, препятствующие терапии, вызваны недостатком мотивации, что сами начинают в это верить. Допущение, что пациент хочет добиться изменений к лучшему, конечно же, не исключает анализа всех факторов, мешающих мотивации к улучшениям. Сдерживание, вызванное страхом или стыдом, дефицит поведенческих навыков, ошибочные представления о результатах поведения и факторы, подкрепляющие поведенческую регрессию, имеют большое значение. Допущение терапевта, что неудачи в достижении существенных или быстрых улучшений объясняются отсутствием намерения, в лучшем случае представляет собой пример ошибочной логики, а в худшем – становится еще одним фактором, препятствующим мотивации пациента.

3. Пациентам нужно добиваться больших успехов, прилагать больше усилий и иметь более высокую мотивацию к изменениям

На первый взгляд может показаться, что третье допущение противоречит первым двум, однако я так не считаю. Тот факт, что пациенты с ПРЛ делают все, что могут, и хотят добиться улучшений, совсем не означает, что их усилия и мотивация достаточны для достижения цели; часто бывает, что совершенно недостаточны. Поэтому задача терапевта – анализировать факторы, сдерживающие или препятствующие мотивации и усилиям пациента, направленным на достижение улучшений, а затем использовать стратегии решения проблем, чтобы помочь пациенту увеличить усилия и усилить свою мотивацию.

4. Пациенты могут быть не виноваты во всех своих проблемах, но в любом случае им придется их решать

Четвертое допущение озвучивает веру в то, что пациент с ПРЛ должен изменять собственные поведенческие реакции и свое окружение, чтобы его жизнь стала лучше. Пациент

не добьется улучшений, если просто придет к терапевту, разберется в своей проблеме, будет принимать лекарства и получать поддержку специалиста, сможет установить идеальные терапевтические отношения или просто отдаст себя на милость Бога. Самое главное то, что сам терапевт не может спасти пациента. Хотя это правда, что пациент не в состоянии измениться самостоятельно и что он нуждается в помощи, львиная доля работы все-таки остается за ним. Если бы это было не так! Мы бы спасали пациентов без их участия. Очень важно, чтобы специалист по ДПТ вразумительно объяснил это условие пациенту, особенно в кризисные периоды.

5. Жизнь суицидальных индивидов с ПРЛ в нынешнем виде невыносима

Пятая посылка состоит в том, что часто озвучиваемая неудовлетворенность пациентов с ПРЛ своей жизнью вполне оправданна. Пациенты действительно терпят адские муки. Если серьезно относиться к жалобам пациентов и их описанию своей жизни, такое допущение очевидно. Учитывая этот факт, единственным решением проблемы остается изменение их жизни.

6. Пациенты должны обучаться новым поведенческим паттернам во всех ситуациях

Функционирование индивидов с ПРЛ зависит от настроения, поэтому они должны добиваться значительных изменений в своих копинг-стратегиях – не только в состоянии эмоционального равновесия, но и в кризисных эмоциональных состояниях. За некоторыми исключениями, ДПТ обычно не поддерживает госпитализацию, даже в кризисные периоды, поскольку госпитализация предполагает изоляцию индивидов от окружения, в котором они должны обучаться применению новых навыков. ДПТ также не особенно приветствует, если терапевт начинает действовать за пациента, когда стресс достигает крайнего уровня или кажется невыносимым. Период стресса – время для освоения новых способов совладания с ним.

То, что специалист не должен действовать за пациента, не означает, что терапевт не должен заботиться о пациенте. Задача терапевта в кризисный период – ни на шаг не отходить от пациента, ободрять его и давать полезные советы. Такой подход, когда терапевт делает все возможное, чтобы в кризисный период вскрыть внутренние ресурсы пациента, а не действовать за него, может привести к рискованным ситуациям. Допущение возможности суицида – важное условие проведения ДПТ. Альтернатива риску не очень привлекательна – пациент останется жить, но его жизнь будет по-прежнему наполнена невыносимой эмоциональной болью.

7. Пациенты не виноваты в неудаче терапии

Седьмое допущение заключается в том, что в случае преждевременного прекращения терапии, отсутствия прогресса в ней или ухудшения состояния пациента при прохождении ДПТ виноват либо терапевт, либо терапия, либо они оба. Если работа проводится согласно протоколу, а состояние пациента все же не улучшается, несостоятельность приписывается самой терапии. Это противоречит мнению многих клиницистов о том, что если пациент преждевременно прекращает терапию или в ней не наблюдается прогресса, следует объяснять неудачу недостаточной мотивацией пациента. Даже если это предположение верно, терапия должна повышать мотивацию пациента настолько, чтобы обеспечить прогресс лечения.

8. Терапевты, работающие с пограничными пациентами, нуждаются в поддержке

Как я уже неоднократно упоминала, индивиды с ПРЛ представляют собой одну из самых трудных категорий психиатрических пациентов. Терапевт снова и снова допускает ошибки, которые мешают лечению. Некоторые проблемы – результат сильного желания пациентов как можно быстрее освободиться от страдания. Часто терапевт способен приглушить эмоциональную боль, однако такие его действия нередко мешают достижению долгосрочных целей. Терапевт зачастую разрывается между требованиями немедленной помощи и необходимостью достижения перспективных терапевтических задач. Существует и множество других факторов, которые мешают специалисту остаться в терапевтических рамках. Чтобы помочь терапевту не сбиться с курса, необходима поддержка группы супервизии и консультирования, всего терапевтического коллектива, супервизора.

Особенности терапевта и его навыки

В данном контексте под «особенностями терапевта» подразумеваются его установки и преобладающие межличностные позиции по отношению к пациенту. Если говорить кратко, терапевт должен уравновесить способности и недостатки пациента, последовательно и гибко синтезируя стратегии принятия и опеки со стратегиями изменения и требований. Побуждение к изменениям должно сочетаться с безграничным терпением. Поскольку ДПТ характеризуется выраженным диалектическим уклоном, терапевт не должен бояться двойственности и парадоксальности, присущих стратегиям ДПТ. Терапевтам, которые стремятся к черно-белым целям, методам и понятиям, ДПТ может показаться противоречивой, особенно когда они столкнутся с парадоксальной необходимостью контролировать деструктивное поведение пациентов и в то же время развивать их уверенность в своих силах и стимулировать их готовность полагаться на себя.

Необходимые характеристики терапевта представлены на рис. 4.1. Хотя они изображены как биполярные признаки, ДПТ говорит о синтезе или равновесии между полюсами; таким образом, схематически позиция терапевта может быть представлена как центр каждой оси, или точка их пересечения. Синтез принятия и изменения представляет собой основной диалектический баланс, которого нужно достичь в ДПТ. Два других измерения – непоколебимая устойчивость и сострадательная гибкость, доброжелательная требовательность и опека – просто отражают основное.

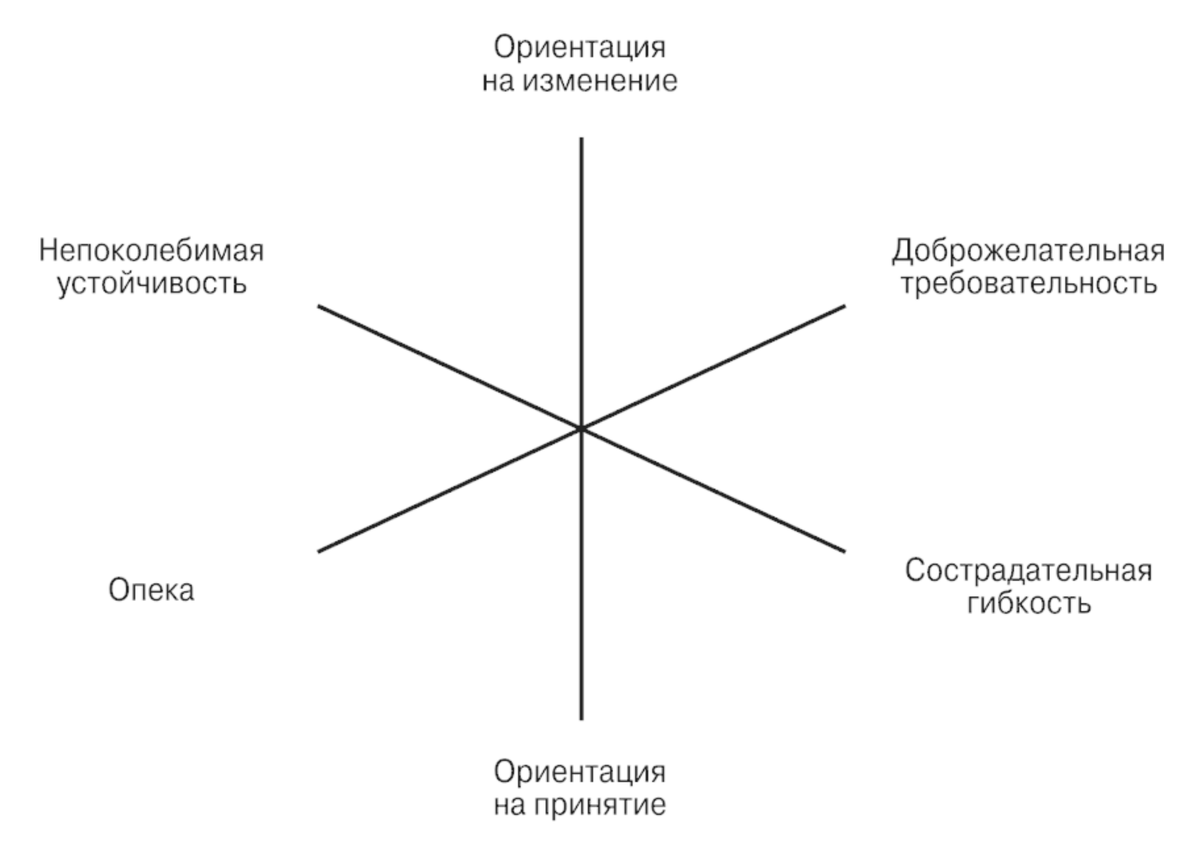


Рис. 4.1. Требования к клиницисту, практикующему ДП

Принятие и изменение

Первое измерение обсуждается на протяжении всей книги: баланс направленности на принятие и на достижение изменений. Под «принятием» я понимаю нечто довольно радикальное, а именно принятие как пациента, так и терапевта, как терапевтических отношений, так и терапевтического процесса в том виде, в котором они находятся в данный момент. Это не принятие ради изменения, иначе это была бы стратегия изменения. Скорее, принятие подразумевает готовность терапевта найти внутренний смысл и «правильность» в имеющейся ситуации и ее участниках и полностью погрузиться в опыт – без критики, обвинения или манипулирования. Однако, как уже упоминалось, жизнь – это непрерывные изменения, и любые отношения подразумевают взаимное воздействие. Терапевтические отношения зарождаются из необходимости изменений и желания пациента получить профессиональную помощь в процессе изменений. Ориентация на изменение требует, чтобы терапевт принимал ответственность за направление терапевтического влияния, или изменений, во благо пациента. Такая позиция характеризуется активностью и осознанностью; она подразумевает систематическое использование принципов поведенческих изменений.

С позиции принятия/изменения ДПТ представляет собой баланс между поведенческими подходами, которые прежде всего служат технологиями изменения, и гуманистическими, клиент-центрированными подходами, которые можно считать технологиями принятия. В ДПТ терапевт не только моделирует синтез изменения/ принятия, но также содействует выработке пациентом соответствующей жизненной установки, поддерживая изменение и исправление им нежелательных сторон своей личности и ситуаций, а также толерантность и принятие тех самых характеристик. Обучение навыкам психической вовлеченности и перенесения дистресса уравновешивается обучением навыкам эмоционального контроля и межличностной эффективности в конфликтных ситуациях.

Для баланса принятия и изменения существенное значение имеет способность терапевта в контексте терапии одновременно проявлять душевную теплоту к пациенту и устанавливать контроль над его поведением. Основной контроль в процессе изменения поведения достигается посредством использования отношений; при отсутствии достаточной теплоты и принятия со стороны терапевта его действия будут восприниматься не как забота и поддержка, а как проявления враждебности и требовательности.

Непоколебимая устойчивость и сострадательная гибкость

«Непоколебимая устойчивость» подразумевает веру в себя, в терапию и в пациента. Это спокойствие среди бури – совсем как в центре урагана. Данное качество требует достаточной ясности ума – терапевт должен осознавать, в чем, по большому счету, нуждается пациент, а также не позволять страданиям пациента сбить себя с этого курса. Устойчивость в ДПТ не означает приверженности произвольно установленным правилам, как в некоторых других видах терапии. Она также не требует соблюдения особой последовательности действий (исключая приверженность терапевта благополучию пациента). Ни произвольно установленные правила, ни жесткая последовательность действий терапевта не имеют особой ценности в ДПТ.

«Сострадательная гибкость» относится к противоположной способности терапевта учитывать значимую информацию о статусе пациента и соответственно изменять свою позицию. Это умение с легкостью менять позицию, которую прежде необходимо было настойчиво отстаивать. Если применить образное сравнение, то устойчивость – когда ноги прочно стоят на земле, а гибкость – способность так повернуть плечи, чтобы позволить пройти пациенту. Гибкость подразумевает легкость, восприимчивость и креативность терапевта. С точки зрения диалектики, это способность изменять границы проблемы, обнаруживая и включая составляющие, которые прежде исключались.

Учитывая шансы совершения ошибок при проведении ДПТ, большое значение имеет готовность признавать и исправлять погрешности, допущенные в терапевтических отношениях. Иначе говоря, в таком сложном и нелегком терапевтическом процессе ошибки неизбежны; терапия характеризуются не ошибками, а тем, что делается для их исправления. Компетентный терапевт должен уметь признавать ошибочность своих действий, будь то несвоевременная улыбка, которую пациент принимает за насмешку, принудительные методы воздействия либо потеря терпения из-за отсутствия терапевтического прогресса и последующее отвержение пациента (когда терапевт не отвечает на телефонные звонки, письма и холодно ведет себя с пациентом). Индивиды с более адекватным функционированием могут одновременно испытывать доверие к своему терапевту и болезненный аффект, вызванный некоторыми его действиями, поэтому требуют меньше усилий по восстановлению. Однако индивиды с ПРЛ едва ли могут быть причислены к этой категории, поэтому они могут отождествлять работающих с ними терапевтов с прочими источниками страданий. Без валидации терапевтом чувств пациента и гибких попыток решения проблем в определенной ситуации терапия превращается для пациента в очередной факт обманутого доверия, очередные неудавшиеся отношения, от которых нужно либо бежать, либо снова терпеть, не надеясь на улучшение. Более того, терапевт должен быть способен переносить как неудовлетворенность, вызванную отверганием пациентом совершенно уместного, казалось бы, терапевтического вмешательства, так и замедление прогресса. Гибкость в стратегиях и распределении времени – важное условие успешной терапии.

Баланс между непоколебимой устойчивостью и сострадательной гибкостью означает, что терапевт должен быть способен учитывать существующие условия и границы, часто при интенсивных, порой отчаянных попытках пациента контролировать его реакции, и в то же время гибко перестраиваться, приспосабливаться и «уступать» пациенту в зависимости от ситуации.

Терапевт должен быть внимательным как к собственной ригидности (естественная реакция на стресс терапевтической ситуации), так и к неправильной тенденции уступать каждому желанию, требованию или временной потребности пациента.

При работе с суицидальными пограничными пациентами равновесие между двумя этими крайностями становится существенным, когда терапевт займется устранением паттерна дисфункционального межличностного поведения. Крайне важно сохранять устойчивость и придерживаться выбранного курса действий, если только терапевт непреднамеренно не установит режим периодического подкрепления, при котором дисфункциональное поведение приобретет высокую устойчивость к терапевтическим изменениям. Это одно из проявлений оперантного научения. Однако при работе с суицидальными индивидами терапевт может проявлять излишнюю ригидность в устранении дисфункционального поведения и должным образом не реагировать на насущные потребности индивида. Как указывала одна из моих пациенток, в любом обществе нормой считается уделять человеку больше внимания и заботы, когда он болеет. Однако не каждый человек остается больным, чтобы получать внимание и заботу.

Опека и доброжелательная требовательность

ДПТ подразумевает интенсивную опеку пациента. В данном контексте «опека» подразумевает обучение, «ведение», содействие, укрепление и поддержку пациента для стимуляции его способности к научению и изменению. От терапевта требуется желание и некоторая естественность заботы и опеки по отношению к пациенту. Сострадание и чуткость важны при работе с пациентами, которые обладают характерным для индивидов с ПРЛ сочетанием восприимчивости и скованности эмоционального выражения. Без этих качеств терапевт всегда будет отставать от зачастую очень тонких реакций пациента на его утверждения, замечания других пациентов при групповой терапии и внутренние или средовые раздражители. Хотя основное усилие в ДПТ направлено на обучение пациентов идентификации и вербализации эмоций, терапевт, которому не удастся «прочитать мысли» пациента на ранних этапах терапии, будет склонен считать, что тот намеренно саботирует терапию своими капризами или что пациент, который на самом деле испытывает страх и отчаяние, проявляет враждебность.

Терапевт должен находить баланс между предоставлением необходимой помощи и отказом в предоставлении ненужной для пациента помощи. «Доброжелательная требовательность» заключается в признании терапевтом потенциальных способностей пациента, подкреплении его адаптивного поведения и самоконтроля и отказе заботиться о пациенте в тех случаях, когда он сам может позаботиться о себе. В целом компетентное использование неблагоприятных условий (в данном случае требование изменений как необходимого условия выполнения желаний пациента) играет очень важную роль. Необходимая характеристика терапевта – способность проявлять некоторую твердость, если того требует ситуация. Диалектическая позиция здесь заключается в том, чтобы одной рукой подталкивать пациента вперед, а другой рукой поддерживать его, чтобы он не упал. Таким образом, опека – это усиление способностей пациента. Как я уже замечала выше, рассуждая о пациенте и терапии, баланс заключается в нахождении оптимального сочетания действий за пациента и заботе о пациенте. Чтобы способствовать изменениям, нужно применять и кнут, и пряник.

Соглашения пациента и терапевта

Соглашения со стороны пациента

ДПТ требует заключения определенных соглашений. Обычно они необходимы для формального приема индивида на терапию и рассматриваются как условие работы с ним. Положе-

ния соглашений должны обсуждаться и разъясняться во время первых нескольких встреч терапевта и пациента, после которых необходимо заключение как минимум устного соглашения.

Соглашение о годичной терапии

Ограниченная во времени возобновляемая терапия. После первого или нескольких первых психотерапевтических сеансов пациент и терапевт должны достигнуть ясного соглашения о совместной работе и ее сроках. Не следует автоматически предполагать, что пациент хочет работать с данным терапевтом. При обычных обстоятельствах пациент и терапевт заключают соглашение о совместной работе в течение года, и по истечении срока соглашение может продлеваться еще на год. В конце каждого года оценивается успех терапии и обсуждается вопрос возобновления соглашения. У разных терапевтов разное мнение о том, что необходимо для продолжения совместной работы. Некоторые предпочитают работать с пациентами на долгосрочной основе и ежегодно возобновляют соглашение, если только не возникает серьезных препятствий или если не достигается цель терапии. Другие терапевты ориентированы на ограниченные сроки лечения и устанавливают терапевтические отношения, заранее планируя направить пациента к другому специалисту по истечении года, если сохранится необходимость в терапии. ДПТ в условиях стационара может быть ограниченной во времени.

Некоторые индивиды с ПРЛ не переносят ограниченной во времени, невозобновляемой терапии. Они не могут открыться ни эмоционально, ни вербально, если знают, что терапия должна закончиться в строго определенный срок. Таким пациентам нельзя навязывать соглашение о годичной невозобновляемой терапии. Очевидно, что при ограниченном во времени, невозобновляемом лечении терапевтические задачи могут быть более узкими, чем при долгосрочном лечении. Например, я приняла на ограниченную во времени ДПТ нескольких пациенток, которые неоднократно госпитализировались для психиатрического лечения, были отвергнуты несколькими терапевтами из-за отсутствия прогресса, находились в дисфункциональном и хронически парасуицидальном состоянии и были неспособны найти терапевта, согласного взяться за работу с ними. Некоторых из пациенток включили в свои «черные списки» различные клиники. В этих случаях я разъясняю таким пациентам, что буду работать с ними в течение одного года, а затем помогу им найти другого терапевта. Моя задача – помочь этим пациентам устранить парасуицидальное поведение и научиться эффективному функционированию в рамках терапии, чтобы они смогли наладить отношения и работать со следующим терапевтом. Я рассматриваю такую терапию как предварительную, необходимую для дальнейшей работы.

Обстоятельства одностороннего прекращения соглашения. Во время первых нескольких сеансов терапевт должен вразумительно объяснить пациенту обстоятельства, которые могут привести к одностороннему прекращению соглашения. В ДПТ существует единственное формальное правило досрочного прекращения терапии: пациент, пропустивший четыре недели предписанного лечения подряд, будь то тренинг навыков или индивидуальная психотерапия, выбывает из программы. Пациент не сможет вернуться к терапии до конца обусловленного соглашением периода, а вопрос дальнейшего возобновления терапии обсуждается с терапевтом. Нет таких обстоятельств, при которых это правило может быть нарушено. Никакие причины, по которым пациент пропускает четыре недели запланированной терапии подряд, в ДПТ не считаются уважительными. Первоначально такое правило было принято для удобства проведения научных исследований; мы нуждались в операциональном определении прекращения терапии. Затем я поняла, что это правило очень эффективно в клинических условиях. Оно очень четко разделяет пропуск психотерапевтических сеансов (до трех подряд) и выбывание из терапии (непосещение четырех подряд сеансов индивидуальной психотерапии или предписанных занятий по тренингу навыков). Таким образом, пациенты, пропустившие один, два или три психотерапевтических сеанса подряд, знают, что смогут продолжить терапию; но

знают также, что четвертый пропущенный сеанс будет означать для них прекращение лечения. Это правило помогает снизить процент «утечки пациентов».

Многие пациенты с ПРЛ ждут от терапевтов безусловного обязательства продолжать терапию без ограничений времени или до конца установленного периода (оговоренного в предварительном соглашении) независимо от обстоятельств. Такие пациенты аргументируют свое желание тем, что не смогут доверять терапевту или раскрыться, боясь разрыва отношений со стороны специалиста. Возможность такого исхода может постоянно беспокоить пациента. Очень соблазнительно для терапевта попытаться убедить пациента, что независимо от его действий или слов во время терапии специалист не будет инициировать преждевременного прекращения лечения. ДПТ не рекомендует такого подхода. В ДПТ отношения терапевта и пациента регулируются примерно так, как отношения между супругами. Хотя терапевт берет на себя обязательства работать с пациентом, преодолевать трудности, пытаться решить любые терапевтические проблемы по мере их возникновения, эти обстоятельства не являются безусловными. Если терапевт убеждается, что дальнейшая помощь пациенту невозможна, если пациент создает для специалиста такие трудности, которые он не в силах преодолеть, или если возникают какие-либо внешние обстоятельства, препятствующие терапии (допустим, переезд в другой город), будет рассмотрен вопрос о прекращении терапии. Как я говорю своим пациенткам, даже материнская любовь не безусловна. Тем не менее, заключаемое специалистом соглашение подразумевает, что терапевт приложит все усилия, чтобы защитить пациента от одностороннего прекращения терапии. Если поведение пациента способствует разрыву терапевтических отношений, терапевт 1) обратит внимание пациента на опасность одностороннего прекращения терапии достаточно своевременно для того, чтобы тот успел соответствующим образом изменить свое поведение, и 2) поможет пациенту осуществить эти изменения. (Поведение, чреватое досрочным прекращением терапии, – вторая по важности терапевтическая цель, о чем подробнее говорится в следующих двух главах.) И хотя пациент может оставить терапию в любое время, ожидается, что он придет к своему терапевту, чтобы обсудить такое решение.

Соглашение о посещении

Следующее соглашение подразумевает посещение пациентом всех назначенных психотерапевтических сеансов. Индивидуальный тренинг навыков и психотерапевтические сеансы могут переноситься, если это удобно как для терапевта, так и для пациента. Если пропущенный групповой тренинг навыков записывается на видео, пациент может посмотреть кассету перед посещением следующего занятия. Терапевт должен вразумительно объяснить пациенту, что недопустимо пропускать психотерапевтические сеансы только из-за того, что он находит их слишком болезненными для себя, у него плохое настроение, он хочет избежать обсуждения нежелательной темы или испытывает отчаяние.

Соглашение о суицидальном поведении

Если у пациента есть проблемы с суицидальным поведением (включая парасуицид без намерения покончить с собой), следует посоветовать ему считать такое поведение первоочередной терапевтической задачей. Необходимо общее соглашение о том, что при прочих равных условиях пациент будет работать над решением проблем такими методами, которые исключат намеренное членовредительство, суицидальную попытку или завершенный суицид. Следует подчеркнуть, что если это не станет одной из задач пациента, лечение с помощью ДПТ может ему не подойти. Терапевт должен быть особенно внимателен к двойственности пациента относительно суицидального поведения. Хотя в целом нужно стремиться к ясно высказанному согласию пациента прекратить суицидальное поведение, можно принимать и менее

явные соглашения. Иногда пациент соглашается на посещение терапии, понимая, что терапевтическая цель заключается в прекращении суицидального поведения, однако он может быть не в состоянии прямо заявить, что не совершит самоубийства. Структура этого соглашения подробнее обсуждается в главе 14.

Соглашение о препятствующем терапии поведении

Следующее соглашение заключается о том, чтобы работать над решением любых проблем, препятствующих терапии. Открытое обсуждение этого соглашения с самого начала подчеркивает сущность терапии как отношений межличностного сотрудничества.

Соглашение о тренинге навыков

Поскольку одна из важнейших терапевтических целей – помочь пациенту заменить дисфункциональные реакции эффективными и функциональными, то ясно, что пациент должен каким-то образом освоить необходимые поведенческие навыки. Поэтому в первый год применения ДПТ все пациенты должны пройти программу тренинга навыков (или, если это невозможно, какую-либо аналогичную программу).

Соглашение об участии в эксперименте и оплате

Если ДПТ проводится в контексте научно-исследовательского эксперимента, пациент должен быть информирован об этом и предоставить свое согласие на участие в эксперименте. Следует четко оговорить сумму вознаграждения и форму оплаты.

Соглашения терапевта

Крайне важно, чтобы терапевт четко объяснил, чего вправе ожидать от него пациент. Со стороны терапевта предусматриваются следующие соглашения.

Соглашение о «всемерных разумных усилиях»

Самое большее, чего пациент может ожидать от терапевта, – максимальные (в разумных пределах) усилия компетентно проводить терапию. Пациент может ожидать от терапевта всемерных усилий к тому, чтобы действовать ради его блага, помогать ему достигать осознания проблем и осваивать новые навыки, а также вооружать такими поведенческими средствами, которые помогут эффективнее справляться с возникающими жизненными ситуациями. Терапевт должен ясно дать понять пациенту, что сам он не в состоянии спасти его, не может решить проблемы пациента вместо него, не может удержать его от суицидального поведения. Это вытекает из упомянутого ранее положения о том, что пациенты должны решать свои проблемы сами.

Терапевту полезно помнить о распространенных ошибочных представлениях относительно терапии. Самое серьезное заблуждение заключается в том, что усилий одного терапевта достаточно, чтобы каким-то образом исправить ситуацию. Неспособность терапевта прекратить сильные страдания пациента или хотя бы ослабить их часто интерпретируется пациентом как отсутствие заботы или желания помочь. Очень важно, чтобы терапевт не намекал пациенту, что он поймет ошибочность такого предположения, когда «вырастет» или станет «менее самовлюбленным». Задача практикующего ДПТ специалиста – активно опровергать подобные заблуждения. Я лично нахожу полезным подчеркивать, что хотя я могу помочь пациенту сформировать и отработать новые поведенческие паттерны, посредством которых он сможет изменить свою жизнь к лучшему, однако не в состоянии сделать это за него. Здесь полезно применить сравнение терапевта с проводником. Я могу показать кому-то дорогу, но не в состоянии

пройти эту дорогу за него. Забота специалиста заключается в том, чтобы идти рядом с пациентом и не оставлять его одного. Время от времени терапевту следует напоминать об этом пациенту на протяжении всего терапевтического процесса.

Этическое соглашение

Этика поведения терапевта может быть весьма важным аспектом лечения пациентов с ПРЛ. Пациенткам, проходящим лечение в моей клинике, довелось иметь дело с терапевтами, поведение которых было крайне сомнительным, а порой откровенно неэтичным. Речь идет о случаях сексуальных домогательств, злоупотребления служебным положением и других нарушениях, которые явно выходят за рамки терапевтических отношений. Поэтому открытое соглашение о соблюдении основных принципов профессиональной этики очень важно.

Соглашение о личных контактах

Как и пациент, терапевт обязуется посещать все запланированные психотерапевтические сеансы, отменять сеансы заблаговременно, если возникнет необходимость, или переносить их, если есть такая возможность. Следует обсуждать продолжительность сеансов, принимая во внимание предпочтения пациента и опыт предыдущей терапии. Задача терапевта – обеспечить разумную продолжительность психотерапевтического сеанса и исключить его произвольное прерывание. Помимо обеспечения подстраховки в случае своего отсутствия терапевт также обязуется поддерживать с пациентом телефонный контакт (в разумных пределах). Эти пределы определяются как стратегией телефонных контактов ДПТ (глава 15), так и принципом соблюдения границ (глава 10).

Соглашение об уважении к пациенту

Это может показаться само собой разумеющимся, однако нелишне упомянуть о том, что терапевт должен уважать личность и права пациента. Хотя уважение к пациенту необходимо для эффективной терапии, соглашение в этом вопросе подразумевает нечто большее, чем помощь пациенту в необходимых поведенческих изменениях.

Соглашение о конфиденциальности

Терапевт обязуется строго сохранять конфиденциальность всей информации, предоставленной пациентом. Обычно только члены терапевтического коллектива или исследовательская группа (если проводятся научные исследования) имеют доступ к видео– и аудиокассетам, записям терапевтов и другим материалам. (Само собой разумеется, что все документы, содержащие информацию о пациентах, которая выйдет за пределы упомянутого круга лиц, должны иметь санкционирующую подпись соответствующего должностного лица.) Даже в пределах терапевтического коллектива и на супервизиях терапевт обязуется сохранять конфиденциальность болезненной, потенциально компрометирующей и глубоко личной информации, если только нет крайней необходимости поступить иначе. Записи терапевтов о пациентах хранятся в надежном, недоступном для посторонних месте. Однако следует также подчеркнуть, что терапевт не обязан соблюдать конфиденциальность, если пациент угрожает самоубийством или при прочих обстоятельствах, когда терапевт не имеет юридического права утаивать полученную от пациента информацию. Если это необходимо для безопасности пациента либо безопасности окружающих, терапевт может сообщать о суицидальных угрозах другим людям – либо родственникам пациента, либо соответствующим должностным лицам.

Соглашение о консультациях

Терапевт обязуется получать консультации по терапии, если возникает необходимость. В стандартной ДПТ все терапевты должны регулярно посещать запланированные консультативные встречи либо с супервизором, либо с группой супервизии и консультирования, либо с другими членами терапевтического коллектива. Смысл этого в том, что пациент может рассчитывать на получение помощи от терапевта тогда, когда она необходима, не будучи обязанным терпеть неэффективную терапию и не боясь обвинений в отсутствии терапевтического прогресса.

Соглашения терапевтов о взаимных консультациях

Помимо прочего, терапевты, входящие в группы супервизии и консультирования, заключают соглашение об определенных видах сотрудничества. Это соглашение относится к соблюдению общих принципов ДПТ в контексте взаимной супервизии или консультативных встреч. Другими словами, терапевты обязуются помогать друг другу точно так же, как они помогают своим пациентам. Кроме того, соглашения такого рода направлены на то, чтобы удерживать терапевта в рамках ДПТ.

Диалектическое соглашение

Консультативная группа ДПТ обязуется принять диалектическую философию – по крайней мере в практическом, прикладном аспекте. Абсолютной истины не существует, поэтому при напряжении, вызванном противоречиями, нужно искать возможности синтеза, а не истину в последней инстанции. Диалектическое соглашение не запрещает иметь твердые убеждения и не рассматривает существование противоположностей как нечто нежелательное. Скорее, оно просто указывает направление, в котором терапевт будет двигаться, если отстаивание противоположных позиций будет грозить расколом консультативной группы.

Соглашение о консультации с пациентами

Суть терапевтического планирования в ДПТ состоит в том, что терапевты не служат посредниками между пациентами и другими специалистами, включая других членов терапевтического коллектива. Консультативная группа ДПТ заключает следующее соглашение: индивидуальные терапевты должны консультироваться со своими пациентами о том, каким образом им следует взаимодействовать с другими специалистами, но не указывать другим терапевтам, как им следует взаимодействовать с их пациентами. Таким образом, когда терапевт допускает ошибки (в разумных пределах), задача других членов терапевтического коллектива – помочь своим пациентам справиться с проблемами, вызванными ошибками терапевта, но не обязательно перевоспитывать ошибающегося клинициста. Это не значит, что члены терапевтического коллектива не занимаются совместным планированием лечения для своих пациентов, не обмениваются информацией о своих пациентах (включая их проблемы с другими членами терапевтического коллектива) и не обсуждают возникающие в работе трудности. Подробнее это соглашение рассматривается в главе 13.

Соглашение о последовательности

Неудачи при реализации терапевтических планов представляют собой отличную возможность для пациентов научиться иметь дело с реальным миром. Работа терапевтического коллектива не предполагает формирования для пациентов идеального окружения, свободного от

стрессов. Таким образом, консультативная группа, включая всех членов терапевтического коллектива, заключает соглашение о том, что единая последовательность действий разных терапевтов не обязательна, разные терапевты не обязаны обучать пациента одним и тем же вещам и не обязаны следовать одним и тем же терапевтическим правилам. Каждый терапевт волен устанавливать собственные правила относительно условий терапии. Хотя общие правила для всех членов организации, учреждения или клиники обеспечивают более слаженную работу коллектива, расхождения, с точки зрения ДПТ, считаются неизбежными и естественными в том мире, в котором мы все живем, они предоставляют пациентам (и терапевтам) возможность на практике применить почти все навыки, которым их обучают.

Соглашение о соблюдении границ

Консультативная группа заключает соглашение о том, что все терапевты придерживаются своих личных и профессиональных границ. Более того, члены консультативной группы обязуются не интерпретировать узкие границы как проявление страха эмоциональной близости, эгоцентризма, проблем с доминированием и контролем или общей замкнутости характера, а широкие границы – как отражение потребности опекать других людей, несдержанности или проективной идентификации. Пациентам дается возможность самим выяснить эти границы.

Соглашение об эмпатии

Терапевты заключают соглашение при прочих равных условиях стремиться к эмпатическим интерпретациям поведения пациентов. Это соглашение вытекает из основополагающей посылки (описанной выше) о том, что пациенты делают все возможное и хотят улучшить свою жизнь, а не саботируют терапию или «играют в игры» с терапевтом. Если терапевт не способен на такую интерпретацию, другие члены консультативной группы обязуются помочь ему, в то же время валидируя установку терапевта на «обвинение жертвы». Члены консультативной группы соглашаются удерживать друг друга в рамках ДПТ, не прибегая к осуждению. Они соглашаются не считать терапевтов, всегда применяющих эмпатические интерпретации, наивными, неопытными или чересчур отождествляющими себя с пациентами. Они также соглашаются не причислять терапевтов, которые всегда интерпретируют поведение пациентов как враждебное, негативное и занимают позицию «обвинения жертвы», к агрессивным, доминирующим или мстительным.

Соглашение о подверженности терапевтов ошибкам

ДПТ предусматривает открытое соглашение о том, что все терапевты подвержены ошибкам. Выражаясь языком пациентов, это означает, что «все терапевты сволочи». Поэтому нет смысла оправдываться и выгораживать себя – ведь терапевтов заранее обвиняют во всех ошибках, которые они могут допустить. Задача членов консультативной группы – применять ДПТ друг к другу, чтобы помочь каждому специалисту оставаться в рамках протокола ДПТ. Однако, как и при работе с пациентами, решение проблем среди терапевтов должно быть сбалансировано валидацией внутренней мудрости, вытекающей из их положения специалистов. Поскольку, в принципе, все терапевты подвержены ошибкам, они неизбежно будут нарушать все упомянутые выше договоренности. При этом их коллеги будут указывать на диалектические противоположности, что позволит терапевтам искать возможности синтеза.

Заключение

Допущения относительно терапии и пациентов с ПРЛ, а также соглашения пациента, терапевта и консультативной группы образуют основной рабочий контекст, в котором строится ДПТ, а также обеспечивают основу для принятия терапевтических решений на протяжении всего лечения. Опытные клиницисты, несомненно, заметили, что ДПТ во многом пересекается с другими терапевтическими школами – как поведенческими и когнитивно-поведенческими, так и другими. Хотя ДПТ, возможно, несет в себе мало (или совсем ничего) принципиально нового, ниточки терапевтических советов (и, я надеюсь, мудрости), которые я собирала в многочисленных практических пособиях и научных работах по лечению ПРЛ, в диалектической поведенческой терапии сплетаются в новый узор. В следующих двух главах и части III моей книги описываются конкретные терапевтические действия и правила принятия решений, составляющие суть ДПТ. В главах 5 и 6 я подробнее описываю поведенческие паттерны, которые составляют предмет ДПТ. Важный аспект любого пособия – обозначение видов поведения, на которых должен сосредоточиться терапевт; в некоторых случаях это основная форма описания терапии. В части III книги я описываю конкретные терапевтические стратегии и процедуры, используемые при контактах с пациентами. Применение терапевтических стратегий в любой школе по-прежнему больше напоминает искусство, чем науку, но я пытаюсь выделить, насколько это возможно, правила, определяющие применение терапевтических стратегий в ДПТ.

Примечания

1. Это краткое определение сути ДПТ любезно предоставила Лорна Бенджамин.

Глава 5. Поведенческие цели в терапии: виды поведения, подлежащие усилению или ослаблению

В стандартной когнитивно-поведенческой терапии терапевтические задачи определяются посредством поведенческих целей, т. е. видов поведения, которые подлежат устранению или усилению. Я использую такой же подход. В ДПТ каждая цель представляет собой класс видов поведения, относящихся к определенной теме или сфере функционирования. Конкретный вид поведения, который становится целью в рамках каждого класса, определяется для каждого пациента индивидуально; выбор цели зависит от начальной и последующей оценки поведения. Важность этого аспекта невозможно переоценить.

Общая задача: усиление диалектических паттернов поведения

Первостепенная и самая масштабная цель ДПТ – усиление паттернов диалектического поведения у индивидов с ПРЛ. Проще говоря, это означает как усиление диалектических паттернов мышления и когнитивного функционирования, так и помощь пациентам в изменении их обычно экстремального поведения на более сбалансированные, интегративные реакции.

Диалектическое мышление

Диалектическое мышление – это «золотая середина» между универсалистским (от лат. *universalis* – общий, всеобщий. – *Примеч. ред.)* и релятивистским (от лат. *relativus* – относительный. – *Примеч. ред*.) мышлением. Универсалистское мышление предполагает существование незыблемых универсальных истин и универсальный порядок вещей. Истина абсолютна, при конфликте мнений одно из них будет истинным, а другое – ложным. Релятивистское мышление подразумевает невозможность существования универсальных истин и произвольность порядка вещей. Истина относительна, бесполезно искать истину в конфликте мнений, потому что их правота или неправота зависит от восприятия наблюдателя. В отличие от этих позиций диалектическое мышление предполагает развитие и эволюцию истины и порядка вещей с течением времени. При конфликте мнений истина устанавливается путем выяснения того, что было упущено обоими участниками при определении порядка вещей. Истина создается новым порядком вещей, который охватывает и включает в себя то, что прежде отвергалось обоими участниками (*Basseches, 1984, p. 11*).

Таким образом, диалектическое мышление, скорее, сродни конструктивному мышлению, где акцент делается на наблюдении основополагающих изменений, происходящих в результате взаимодействия индивидов со своим окружением. Когнитивная терапия Майкла Махони (*Mahoney, 1991*), которую он называет «эволюционным конструктивным» подходом к терапии, представляет собой яркий пример конструктивного мышления. Этот подход отличается от недиалектических паттернов мышления – таких, например, как структурализм, где делается акцент на паттернах, которые остаются неизменными независимо от времени и обстоятельств.

Как я уже упоминала в главе 2, диалектическое мышление требует способности преодолевать противоречия и воспринимать мир как сложное и многоаспектное явление; принимать противоречивые идеи и мнения, объединять их и генерализировать на новые ситуации; нормально относиться к постоянным переменам и непоследовательности; а также признавать, что любая всеохватывающая точка зрения несет в себе внутренние противоречия. Если мы не можем сдвинуться с мертвой точки при рассмотрении определенной проблемы, можно применить диалектический подход – выяснить, что мы упустили, не были ли искусственно

заужены границы проблемы, не рассматриваем ли мы проблему слишком упрощенно. Индивиды с ПРЛ, наоборот, склонны мыслить крайними категориями и жестко придерживаться определенной точки зрения. Все в жизни для них делится на черное и белое. Таким людям зачастую трудно принимать и учитывать новую информацию, они предпочитают отыскивать абсолютные истины и конкретные факты, которые никогда не меняются. Общая задача ДПТ заключается не в том, чтобы заставить пациентов видеть мир как сочетание различных оттенков серого, а скорее в том, чтобы помочь пациентам видеть одновременно и черный, и белый цвета, а также достичь такого их синтеза, который не умалял бы сущности ни одного из них.

Людям, не способным к диалектическому мышлению, или даже тем, кто просто никогда об этом не задумывался, может быть трудно понять, о чем именно здесь идет речь. Вот пример: представьте пациентку, выросшую в семье с радикальным мировоззрением. Став взрослой, она отвергает большинство идей, которые были привиты в детстве, и принимает другое мировоззрение. Ее семья активно выражает свое недовольство. Пациентка рассуждает следующим образом: либо права она, а ее родные ошибаются, либо она ошибается, и тогда права ее семья. Тот, кто не прав, должен отказаться от своих ошибочных взглядов и принять другую, верную точку зрения.

С формальной точки зрения, задача терапевта – помочь пациентке объективно рассмотреть обе позиции и установить, которая из них ближе к истине, а также понять, какие факторы мешают принять истину. Либо пациентка обладает дисфункциональным мышлением, которое следует изменить, либо ее суждения адекватны, и тогда терапевт должен помочь пациентке принять собственные чувства и поверить в себя.

Человек с релятивистским мышлением решил бы, что ни одно из мировоззрений не может считаться абсолютно верным или неверным. В этом случае терапевт направил бы основные усилия на помощь пациентке в установлении того, какая из противоположных позиций может считаться для нее более полезной. Акцент мог бы делаться на проблемах, которые возникают в связи с принятием пациенткой ответственности за собственную точку зрения, либо на дисфункциональной потребности пациентки в согласии с другими людьми или в ответственности других людей за ее действия.

Терапевт с диалектическим мышлением поступил бы иначе – помог бы пациентке установить факторы, которые сформировали ее мировоззрение за определенный период времени, а также определить последствия ее собственных действий, которые в свою очередь повлияли на мировоззренческие установки членов ее семьи и других людей, с которыми она взаимодействует. В этой ситуации терапия была бы направлена на обнаружение факторов, препятствующих дальнейшему развитию и изменению. Терапевт мог бы подвести пациентку к исследованию того, как каждая мировоззренческая установка вытекает из другой и дополняет ее, и к выводу о том, что можно ценить иное мировоззрение без ущемления собственной позиции.

Еще один пример. Предположим, пациентка сообщает своему терапевту о том, что чувствует сильное побуждение к самоубийству. После долгих и бесплодных попыток решения этой проблемы терапевт предлагает пациентке лечь в клинику – до тех пор, пока не пройдет кризис. Пациентка отказывается от госпитализации. Терапевт продолжает убеждать пациентку в необходимости стационарного лечения. Иногда пациентка может видеть сложившуюся ситуацию с формальной позиции: она считает собственные потребности и ценности более значимыми и приоритетными, чем потребности и ценности терапевта. В конце концов, безопасность пациентки – ее личное дело. Терапевт не имеет права навязывать пациентке свои ценности, отправляя ее в психиатрическую больницу, если она с ним не согласна. Пациентка может решить, что в будущем ей стоит скрывать определенную информацию или не говорить правды о своих суицидальных наклонностях – словом, притворяться «нормальной», а также не прибегать к помощи терапевта в решении проблем, связанных с ее суицидальностью.

В другое время мышление пациентки может быть более релятивным, или менее абсолютным. Пациентка считает, что она вправе говорить с терапевтом о своих суицидальных побуждениях, не боясь вынужденной госпитализации. Если она не способна настоять на своем и отказаться от госпитализации, какой смысл в тренинге уверенного поведения, который ей пришлось пройти? При этом терапевт заботится о ней и хочет, чтобы она осталась жива, даже если ему придется навязать ей свою волю. Обе точки зрения представляются в равной мере справедливыми, однако конфликт кажется неразрешимым, поэтому пациентка оказывается в тупике.

Если пациентка способна занять диалектическую позицию, она может взглянуть на проблему как столкновение задачи терапевта по созданию условий, способствующих автономии пациентки, с одной стороны, и его долга защищать пациентку от возможного вреда – с другой. Задача усиления автономии может требовать действий, которые будут затруднять поддержание безопасности пациентки (например, тренинг уверенного поведения и воспитание доверия к собственным решениям). И наоборот, задача обеспечения безопасности пациентки может привести к действиям, ограничивающим ее автономию (склонение пациентки к отказу от своего мнения в пользу мнения терапевта). Если пациентка способна соглашаться с таким положением вещей и ценить его, она может принять решение о сотрудничестве с терапевтом для решения своих суицидальных проблем и в то же время попытается найти способ убедить терапевта в своей безопасности. Пациентке, так же как и терапевту, придется достичь некоторого компромисса между автономией и безопасностью. И в то же время пациентка не собирается забывать о собственных терапевтических задачах. Она может принять решение приложить все силы для достижения успеха в терапии, чтобы трансформировать сложившуюся систему и примирить конфликтующие ценности [1].

Диалектическое мышление и когнитивная терапия

Акцент на недиалектическом мышлении в ДПТ очень близок к акценту на дисфункциональном мышлении в когнитивной терапии. Например, когнитивные ошибки, на выяснение и устранение которых направлена когнитивная терапия, также относятся к недиалектическим паттернам мышления. Как и в когнитивной терапии, задача терапевта в ДПТ – помочь пациенту выявить свои крайне заостренные, абсолютизированные паттерны мышления, а затем помочь ему в определении действенности своих убеждений и выводов. Ниже приводятся проблемные паттерны мышления, которые становятся целями как ДПТ, так и когнитивной терапии.

1. Произвольные умозаключения, основанные на недостаточных или противоречивых данных.
2. Чрезмерное, неоправданное обобщение (сверхгенерализация).
3. Преувеличение значимости или смысла событий.
4. Неадекватное приписывание себе всей ответственности и вины за негативные события.
5. Неадекватное приписывание другим всей ответственности и вины за негативные события.
6. Придумывание прозвищ или навешивание ярлыков, связанных с отрицательными чертами характера, не несущих новой информации, помимо той, которая связана с наблюдаемым поведением, служащим основанием для данных ярлыков.
7. Катастрофическое мировоззрение (драматизация происходящего) или ожидание беды в случае задержки развития некоторых событий или их прекращения.
8. Безнадежные ожидания или пессимистические прогнозы будущего, основанные на избирательном внимании к негативным событиям в прошлом или настоящем, а не на подлежащих проверке данных.

Некоторые (хотя и не все) формы когнитивной терапии делают акцент на эмпирических умозаключениях, согласно которым истинно то, что соответствует фактам и осуществляется в реальной действительности; которые позволяют предсказывать развитие событий в материальном мире и наблюдать то, что поддается операциональному определению. Таким образом, в центре внимания находится истинность или ложность посылок, убеждений и обобщений. Если бы посылки всегда были «истинными и первичными», эмпирический подход был бы вполне достаточным и потребности в диалектических принципах не возникало бы. Однако суть диалектики в том, чтобы никогда не принимать нечто как окончательную истину, неизменный и бесспорный факт. Хотя ДПТ приветствует в первую очередь диалектические умозаключения, это совсем не означает, что они самодостаточны. Эмпирическая логика не считается «ложной», особенно при решении проблем, а рассматривается как один из способов мышления. С этой точки зрения, для достижения понимания большое значение имеет синтез двух упомянутых форм умозаключений.

Диалектические паттерны поведения: сбалансированный образ жизни

Понять диалектические паттерны поведения легче всего через идею равновесия. Индивиды с ПРЛ редко ведут сбалансированный образ жизни. Не только их мышление, но также и типичные эмоциональные реакции и действия, как правило, чрезмерны и носят дихотомический характер. Примеры – пограничные поведенческие паттерны, такие как эмоциональная уязвимость/непринятие собственных чувств, непрерывный кризис/сдерживаемое переживание горя, активная пассивность/воспринимаемая компетентность (подробнее об этом – в главе 3). Диалектическая направленность подразумевает приведение пациента к более сбалансированным и интегрированным реакциям на жизненные ситуации. С точки зрения буддизма, это означает избрание «срединного пути». В частности, таким способом можно разрешить диалектические противоречия между:

- развитием умений и принятием собственных чувств;
- решением проблем и их принятием;
- регуляцией аффекта и переносимостью аффекта;
- самоэффективностью[25] и поиском помощи;
- независимостью и зависимостью;
- открытостью и неприкосновенностью личной жизни;
- доверием и подозрительностью;
- эмоциональным контролем и эмоциональной терпимостью;
- контролем/изменением и наблюдением;
- вниманием/наблюдением и участием;
- потребностью в других и помощью другим людям;
- направленностью на себя и направленностью на других;
- размышлением/созерцанием и действием.

Первичные поведенческие цели

Ослабление суицидального поведения

[25] Самоэффективность – термин когнитивной психологии, означающий оценку индивидом своих успехов с точки зрения собственных целей и стандартов. – *Примеч. ред.*

Как заметил Р. Минц (*Mintz, 1968*), никакая психотерапия не поможет, если пациент мертв. Когда существует непосредственная угроза для жизни пациента, любая терапия должна перестраиваться таким образом, чтобы эту угрозу устранить. В большинстве терапевтических ситуаций угрозу для жизни создает суицидальное поведение, однако причиной могут быть и другие виды проблемного поведения (например, длительный отказ от пищи у пациенток с невротической анорексией; игнорирование потенциально смертельной болезни, собственные действия, поведение жертвы и т. п.). Как я уже говорила в главе 1, суицидальное поведение, включая завершенный суицид и парасуицидальные действия, совершенные с намерением покончить с жизнью, особенно часты среди индивидов с ПРЛ. Однако в отличие от многих других категорий пациентов, о чем также говорилось в главе 1, у пациентов с ПРЛ наблюдается высокий процент парасуицидальных действий, не сопровождаемых намерением умереть. По меньшей мере у некоторой части пациентов парасуицидальное поведение, как правило, не будет летальным, поэтому не представляет непосредственной опасности для их жизни. Тем не менее парасуицидальные действия любого вида в ДПТ относятся к целям высокой приоритетности; причины такого отношения обсуждаются ниже. В качестве целей в ДПТ фигурируют пять подкатегорий связанного с суицидом поведения: 1) кризисное суицидальное поведение; 2) парасуицидальные действия; 3) суицидальная идеация и суицидальные сообщения; 4) связанные с суицидом ожидания и представления; 5) связанный с суицидом аффект.

Кризисное суицидальное поведение

Кризисным суицидальным поведением считается такое поведение, которое убеждает терапевта или других людей в том, что существует непосредственная опасность совершения индивидом самоубийства в ближайшем будущем. В большинстве случаев это поведение состоит из комбинации правдоподобных суицидальных угроз или другой информации о готовящемся самоубийстве; суицидального планирования и подготовки к самоубийству; приобретения и хранения опасных для жизни средств совершения самоубийства (например, накопление смертельной дозы наркотических веществ или покупка огнестрельного оружия); высокого суицидального намерения. Иногда опосредованная информация о суицидальном намерении также может быть показателем кризисного суицидального поведения. Независимо от того, верит ли терапевт в вероятность последующего суицида, это поведение никогда не следует игнорировать.

Желание умереть, характерное для пациентов с ПРЛ, вполне поддается рациональному объяснению, поскольку та жизнь, которой они живут, зачастую невыносима. Основополагающая доктрина ДПТ гласит, что данная проблема редко вызывается искажением, при котором положительные ситуации превращаются в отрицательные. Проблема скорее в том, что пациент испытывает слишком сильное воздействие многих жизненных кризисов, средовых стрессоров, проблемных межличностных отношений, сложных профессиональных ситуаций и/или физических проблем, чтобы радоваться жизни или находить в ней какой-либо смысл. Кроме того, устоявшиеся паттерны дисфункционального поведения пациентов сами выступают стрессогенными факторами и устраняют какую-либо возможность улучшения качества жизни. В общем, у пациентов с ПРЛ есть причина для того, чтобы покончить с собой.

Однако диалектико-поведенческий терапевт, даже осознавая те страдания, которые приходится переносить пациентам, всегда остается на стороне жизни. Причина такой позиции объясняется следующим образом. Иногда кажется, что непосредственная задача пациента – убедить терапевта в том, что его жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать. Такие аргументы могут выполнять различные функции. Пациент может предположить, что при согласии терапевта он немедленно вмешается (совсем как в сказке, мне кажется) и изменит жизнь пациента к лучшему. Или же пациент таким образом может набираться решимости для совершения самоубийства. Или же пациент ждет, что терапевт станет утешать и обнадеживать его. Каковы бы

ни были причины, иногда мои пациенты убеждали меня в своей правоте. Я не только верила в то, что невозможно жить такой жизнью, но и сама не видела способа ее изменить. Я тоже чувствовала безнадежность.

Но мое чувство безнадежности по поводу определенного пациента было таким же плохим ориентиром, как и обреченность пациента. Я часто не верила в выздоровление пациентов, которые впоследствии смогли круто изменить свою жизнь к лучшему. Я не думаю, что это свидетельствует о моей некомпетентности; чувство безнадежности, по крайней мере по отношению к пациентам с ПРЛ, часто возникает у терапевтов. Однако оно обусловлено событиями нынешней жизни самого терапевта, состоянием терапевтических отношений и преходящими настроениями как специалиста, так и пациента в такой же мере, как и факторами, указывающими на возможность будущего прогресса.

Хотя терапевт может считать, что жизнь, какой бы тяжелой она ни была, все же сто́ит того, чтобы жить, многие пациенты с ПРЛ делают выбор в пользу смерти. Чем вызваны их страдания – их собственным поведением или неконтролируемыми событиями в окружении – не имеет значения, в любом случае эти страдания слишком сильны, чтобы их выносить. Можно даже допустить, что нет ничего гуманного в том, чтобы оберегать от смерти пациента, жизнь которого не имеет смысла. Поэтому я утверждаю, что ДПТ является не программой предотвращения самоубийств, а программой улучшения качества жизни. Желание покончить с собой по своей сути основано на убеждении в том, что жизнь не изменится к лучшему. Хотя в некоторых случаях такое убеждение может соответствовать действительности, это далеко не всегда так. Смерть же лишает человека какой бы то ни было надежды. У нас нет никакого основания полагать, что после смерти людям становится лучше.

Я считаю, что иногда решение о совершении самоубийства может быть обдуманным и рациональным. Я не согласна с тем, что это положение не распространяется на тех людей, которые проходят психиатрическое лечение или нуждаются в психологической помощи. Я не считаю также, что пациенты с ПРЛ не способны на обдуманное и рациональное решение о совершении самоубийства. Однако эта вера в личную свободу человека не означает, что я должна соглашаться с предпочтительностью или даже приемлемостью суицида для каждого индивида.

Учитывая настойчивые попытки некоторых пациентов с ПРЛ убедить терапевтов в том, что суицид представляет собой правильный способ решения проблем, а также успешность некоторых из этих попыток, терапевт по отношению к самоубийству должен занять заранее определенную, непоколебимую позицию. Не может быть никакой дискуссии между терапевтом и пациентом о прекращении жизни или ее продолжении. Я стою на стороне жизни. Я могу понять тех специалистов, которые помогают своим пациентам решить, сто́ит ли им продолжать жизнь или прервать ее. Однако, по моему мнению, применение подобного подхода при лечении индивидов с ПРЛ приведет к тому, что терапевт будет поощрять самоубийство пациентов, которые могут изменить свою жизнь к лучшему и найти в ней смысл. Зная о том, что некоторые пациенты, выбравшие жизнь, могут пожалеть о своем выборе, терапевт, как мне кажется, берет на себя ответственность за всемерную помощь этим пациентам в создании достойной жизни. Есть старая поговорка – «Мы в ответе за тех людей, которым спасли жизнь».

Парасуицидальные действия

Как и кризисное суицидальное поведение, парасуицидальные действия (определение парасуицида и более подробное обсуждение этой темы можно найти в главе 1) в ДПТ не могут игнорироваться. Ослабление парасуицидального поведения рассматривается в ДПТ как одна из самым приоритетных целей. Это объясняется несколькими причинами. Во-первых, парасуицид можно считать самым ярким предиктором последующего суицида. Если говорить о ПРЛ, количество завершенных суицидов среди индивидов с суицидальным поведением в два раза превышает таковое по сравнению с индивидами, у которых парасуицидальное поведение не

наблюдается (*Stone, 1987b*). Во-вторых, парасуицид причиняет физический вред организму, часто непоправимый. Это, как минимум, шрамы и рубцы, остающиеся от порезов и ожогов. Парасуицид не только ведет к телесным повреждениям, но и может стать причиной неумышленной смерти. В-третьих, действия, основанные на намерении индивида причинить себе вред, просто несовместимы с задачами любой терапии, включая ДПТ. Действенность любой терапии, при условии добровольного участия индивида, определяется, по крайней мере в некоторой степени, желанием помочь себе, а не вредить. Таким образом, лечение парасуицидального поведения становится одной из основных терапевтических задач. В-четвертых, терапевту будет очень трудно выразить свою заботу о пациенте, если он не будет реагировать на попытки членовредительства последнего. Реакция, заключающаяся в настойчивых убеждениях терапевта в необходимости прекращения пациентом парасуицидального поведения, и подключение всех терапевтических ресурсов для достижения этой цели будут необходимым средством выражения сочувствия и заботы о пациенте. Отказ попустительствовать парасуицидальным действиям независимо от обстоятельств будет, конечно же, стратегической терапевтической мерой; неуклонное следование этому принципу может быть чрезвычайно трудным для терапевта.

Суицидальная идеация и суицидальные сообщения

Еще одна приоритетная цель ДПТ – снижение частоты и интенсивности суицидальной идеации и суицидальных сообщений. Реакции, которые становятся предметом терапии, включают суицидальные и парасуицидальные мысли, побуждение совершить самоубийство или причинить себе вред, связанные с суицидом образы и фантазии, разработка суицидальных планов, суицидальные угрозы и разговоры о самоубийстве. Индивиды с ПРЛ часто проводят в размышлениях о самоубийстве довольно долгое время. В таких случаях суицидальная идеация – привычная реакция, которая совсем не означает, что индивид действительно в данный момент хочет умереть. Возможность суицида дает таким индивидам своеобразное утешение – если жизнь станет вконец невыносимой, у них будет возможность избавления. (Это напоминает мне о капсуле с цианистым калием, которую получал разведчик перед тем, как его забрасывали во вражеский тыл. Если разведчик попадал в руки противнику, у него всегда была возможность раскусить капсулу и умереть, чтобы избежать пыток.) У других индивидов с ПРЛ вырабатывается привычка угрожать самоубийством почти при каждой провокации со стороны окружения, но тут же отказываться от своей угрозы. Еще одна категория индивидов с ПРЛ мучительно колеблется, не в силах принять решение – прибегать к самоубийству или нет; обычно эти колебания сопровождаются нестерпимой эмоциональной болью. Суицидальными угрозами всегда занимаются непосредственно. И наоборот, суицидальная идеация требует непосредственного внимания только в том случае, если она появляется впервые или неожиданно, характеризуется интенсивностью или болезненным характером, ассоциируется с кризисным суицидальным или парасуицидальным поведением либо препятствует эффективному решению проблем.

Связанные с суицидом ожидания и представления

ДПТ также уделяет внимание ожиданиям пациентов относительно ценности суицидального поведения как альтернативного средства решения проблем. К сожалению, многие из этих ожиданий могут быть вполне адекватными. Если пациент хочет отомстить другим, заставить их сожалеть о чем-то, что они сделали (или не сделали), убежать от неразрешимых жизненных проблем или даже избавить других людей от боли, страданий или финансовых затрат, суицид может помочь ему добиться желаемого. Парасуицид также может принести нужный пациенту результат. Как я упоминала в главе 2, после самопорезов или ожогов часто приходит чувство облегчения, даже если пациент пребывает в одиночестве. Сон, вызванный передози-

ровкой химических веществ или другими средствами, влияющими на сознание, часто оказывает весьма благотворное воздействие на настроение индивида. Парасуицид любого вида, особенно если он вызывает сильную реакцию у окружающих, может быть эффективным средством отвлечения внимания от устойчивого негативного аффекта и проблемных ситуаций. Наконец, кризисное суицидальное и парасуицидальное поведение очень часто помогает пациенту заставить других людей воспринимать его серьезно, получать помощь и внимание окружающих, убегать от нежелательных ситуаций, возобновлять или разрывать отношения, или же добиваться желаемой, но недостижимой другими методами госпитализации.

Конец ознакомительного фрагмента.